

Tartu Ülikool  
Arstiteaduskond  
Õendusteaduse osakond

**Kätlin Laks**

**PATSIENTIDE LÄHEDASTE VAJADUSED JA NENDE RAHULDAMINE  
TÄISKASVANUTE INTENSIIVRAVIS ÕDEDE VAATEKOHAST**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2009

## KOKKUVÕTE

### **Patsientide lähedaste vajadused ja nende rahuldamine täiskasvanute intensiivravis õdede vaatekohast.**

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada õdede arvamusi patsientide lähedaste vajadustest ja nende rahuldamisest täiskasvanute intensiivravis ning selgitada seoseid õdede arvamuste ja taustamuutujate vahel. Uurimistöö korraldati kuue Eesti tervishoiuasutuse 16 osakonnas, kus osutatakse III astme intensiivravi teenust täiskasvanud patsientidele. Uuritavateks olid 211 intensiivraviõde. Andmed koguti anonüümse küsimustikuga „Patsiendi-/kliendikesksus täiskasvanute intensiivis – küsimustik personalile” ning originaalankeediga kogutud andmetest kasutati ainult patsiendi lähedaste vajadustega seotud osa. Andmed analüüsiti statistiliselt andmetöötlusprogrammiga SPSS 17.0 ning analüüsi meetoditena kasutati kirjeldavat statistikat,  $\chi^2$ -testi ning korrelatsioonianalüüsi.

Uurimistöö tulemustena selgus, et õdede arvates on sobiv keskkond intensiivravi patsientide lähedaste kõige olulisem vajadus. Keskkonna kohta esitatud väiteid hindas lähedastele oluliseks 61–90% õdedest. Sellele järgnes infovajadus, mille eri aspekte pidas lähedastele oluliseks 51–74% õdedest. Toetuse vajaduse aspekte hindasid õed lähedastele vähem oluliseks – seda vahemikus 20–86,9%. Kõige vähem oluliseks hindasid õed lähedaste vajadust olla kaasatud patsiendi hooldusesse ja ravisse – vaid 29–58% õdedest hindas kaasatuse eri aspekte lähedastele oluliseks.

Õdede arvates saavad lähedased tegelikkuses kõige enam informatsiooni. Infovajaduse eri aspektid realiseerusid tegelikkuses 19–86% õdede arvates. Sellele järgnesid sobiva keskkonna eri aspektid, mida peeti tegelikkuses olemasolevaks 16–81% õdede arvates. Toetuse vajaduse aspektid realiseerusid vähem – vahemikus 8–92%. Kõige vähem on õdede hinnangul lähedased kaasatud patsiendi ravisse ja hooldusesse. Kaasatuse vajaduse aspektid esinesid tegelikkuses 9–56% õdede arvates. Õdede arvamusi ei mõjutanud nende sugu ega rahulolu palgaga. Teiste taustaandmete ja uuritavate tunnuste vahel tulid esile nõrgad seosed ( $p < 0,250$ ).

Märksõnad: intensiivravi, intensiivraviõde, lähedaste vajadused, vajaduste rahuldamine, õdede vaatekohad.

## SUMMARY

### **Intensive care nurses perceptions of the patients relatives needs and these needs as met in adult intensive care unit.**

The aim of this study was to describe the opinion of nurses about the needs of the relatives of patients and the opinion of nurses about the actual implementation of these needs in adult intensive care unit; also to find out the correlation between the opinions and background variables of nurses. The research was carried out in 16 Estonian adult intensive care units. 211 questionnaires were analysed. The anonymous questionnaire “Patient/Client- centredness in adult intensive care”– was used to collect the data. Statistical data processing was performed with the data processing package SPSS 17.00. For analysing the data the descriptive statistic, analyse of the  $\chi^2$ -test and correlational analyse were used.

The results of the study showed that the most important need of relatives was the need for a comfortable environment. A suitable environment for relatives was important in the opinion of 61–90% of those questioned; the second most important need was the need for information. Various aspects of information were important in the opinion of 51–74% of nurses. The need for support and reassurance of relatives was less important; 20–87% of nurses emphasized the significance of this. The least important was the involvement of relatives from the perspective of nurses; it was important only for 29–58% of nurses.

From the viewpoint of nurses, relatives get the most information. Relatives get various aspects of information in the opinion of 19–86% of nurses. Environmental aspects get 16–81% and aspects of support and reassurance 8–92% of relatives. The least is the relatives’ involvement in the treatment and care of the patient. Involvement was 9–56% in opinion of nurses. The opinions of the nurses are affected neither by their gender nor by their satisfaction with their salary. Weak correlations of nurses’ background variables and between other needs appeared ( $p < 0,250$ ).

Keywords: intensive care, intensive care nurse, needs of relatives, meeting needs, nurses’ perceptions.

## SISUKORD

KOKKUVÕTE .....	2
SUMMARY.....	3
SISUKORD .....	4
1. SISSEJUHATUS .....	5
2. PATSIENT, TEMA LÄHEDASED JA LÄHEDASTE VAJADUSED INTENSIIVRAVI OSAKONNAS.....	7
2.1. Patsient ja tema lähedased intensiivravi osakonnas .....	7
2.2. Lähedaste vajadused intensiivravi osakonnas .....	8
3. LÄHEDASTE VAJADUSED JA NENDE RAHULDAMINE INTENSIIVRAVI ÕDEDE HINNANGUL .....	10
3.1. Infovajadus ja selle rahuldamine .....	10
3.2. Vajadus olla kaasatud patsiendi ravis ja hooldusesse ja selle rahuldamine .....	11
3.3. Toetuse vajadus ja selle rahuldamine .....	13
3.4. Sobiva keskkonna vajadus ja selle rahuldamine.....	15
3.5. Seosed õdede arvamuste ja taustamuutujate vahel .....	15
4. METOODIKA.....	17
4.1. Uuritavad .....	17
4.2. Andmete kogumine.....	17
4.3. Andmete analüüs .....	20
5. TULEMUSED .....	22
5.1. Uuritavate taustaandmed .....	22
5.2. Lähedaste infovajadus ja info saamine tegelikkuses .....	25
5.3. Lähedaste kaasatuse vajadus ja nende kaasamine tegelikkuses .....	26
5.4. Lähedaste toetuse vajadus ja selle saamine tegelikkuses .....	27
5.5. Lähedaste vajadus sobiva keskkonna järele ja selle olemasolu tegelikkuses .....	31
5.6. Seosed taustamuutujate ja uuritavate muutujate vahel .....	33
6. ARUTELU.....	35
7. JÄRELDUSED .....	46
KASUTATUD KIRJANDUS.....	48
LISA 1. Õdede vaatekohast lähedaste vajadusi ja nende rahuldamist käsitlevad uurimused .....	52

## 1. SISSEJUHATUS

Intensiivravi (*intensive care*) on tervishoiuteenus, mida osutatakse raskes või eluohtlikus seisundis inimesele elutähtsate funktsioonide tagamiseks, säilitamiseks, juhtimiseks ja jälgimiseks vastavalt tegevusloale. Intensiivravi palatites ja osakondades osutatakse erialast tervishoiuteenust vastavalt tegevusloale kolmes raskusastmes, mis määratakse TISS-punktide alusel (*TISS – Therapeutic Intervention Scoring System*) (tõlkes: intensiivravi patsiendi seisundi raskusastme hindamise süsteem). (Arstide erialade arengukavad 2001.) Aruanne ”Anesteesia ja intensiivravi Eestis 2008. aastal” näitab, et täiskasvanud patsientide arv III astme intensiivrahis oli 13 603 (Starkopf 2009). Patsiendi raske või eluohtlik seisund mõjutab ka tema lähedaste inimeste elu. Uurimistööde tulemused kinnitavad, et kriitilises seisundis patsiendi perekonnaliikmed on ka ise sageli kriisis (Farrell jt 2005, Stayt 2007) ning et neil on palju erisuguseid vajadusi perioodil, mil armastatud inimene on kriitilises seisundis (Stayt 2007). Raske olukord takistab pereliikmete toimetulekut ja vähendab nende suutlikkust patsienti toetada (Lee ja Lau 2003).

Suurendamaks pereliikmete panust patsiendi hooldusesse, tuleb õendustöötajatel neid toetada ja juhendada (Williams 2005). Vähendamaks stressi mõju patsiendi pereliikmetele, tuleb mõista nende vajadusi (Lee ja Lau 2003) ning algatus vajaduste rahuldamiseks peaks tulema personalilt (Verhaeghe jt 2005). Samas kinnitavad uurimistulemused, et parim positsioon lähedaste vajaduste eest hoolitsemiseks on intensiivravi osakonnas õdedel (Bijettebier jt 2001, Holden jt 2002, Lee ja Lau 2003, Farrell jt 2005, Williams 2005, Stayt 2007). Uurimistulemused näitavad, et õdedele on patsientide lähedased tähtsad, kuid sageli ei selgita nad lähedaste vajadusi välja ega arvesta neid (Bijettebier jt 2001, Holden jt 2002, Söderström jt 2003, Stayt 2007, Price 2004, Verhaeghe jt 2005).

Lähedaste vajadustega arvestamine annab mitmeid positiivseid tulemusi. Kui õed on õppinud kriitilises seisundis patsienti tema lähedaste kaudu tundma, siis saavad nad talle osutada kvaliteetsemat õendusabi. Lähedased annavad õele informatsiooni patsiendi igapäevaelu kohta ning tänu sellele on võimalik hooldustegevustes patsiendi individuaalsete eripäradega arvestada. (Söderström jt 2003, Price 2004, Williams 2005, Engström ja Söderberg 2007.)

Uurimistulemused kinnitavad, et personali teadmised antud valdkonnas ei ole alati tõenduspõhised ning et nende arusaamad ei ole sageli kooskõlas patsientide ja nende lähedaste tegelike vajadustega (Bruce jt 2002, Henneman ja Cardin 2002, Damboise ja Cardin 2003). Magistritöö autori kogemused kinnitavad, et patsientide lähedaste vajadused jäävad Eesti intensiivravi osakondades välja selgitamata. Lähedasi kaasatakse koostöösse harva ning külastusaegade puhul kehtestatakse liiga palju piiranguid. Samas ei ole lähedaste vajadusi täiskasvanute intensiivravi osakonnas Eestis varem uuritud, seda ei lähedaste ega ka personali vaatekohast. Kuna õdedel on parim võimalus lähedaste vajadusi välja selgitada ning nendega arvestada, siis on tarvilik teada, millised vajadused õdede hinnangul on lähedastele olulised ja kuidas need tegelikkuses realiseeruvad.

Magistritöö on osa uurimisprojektist ”Patsiendi-/kliendikeskne ravi ja hooldus täiskasvanute intensiivrais”, mille vastutav uurija on Ilme Aro. Uurimisprojekti eesmärk on toetada Eesti haiglates patsiendi-/kliendikeskse intensiivraviteenuse osutamist täiskasvanud patsientidele ja nende lähedastele ning selle kaudu suurendada nii patsientide ja nende lähedaste heaolu kui ka personali rahulolu oma tööga. Lähedastena käsitletakse inimesi, kes on patsiendi enese sõnul talle lähedased, olenemata nende juriidilisest seotusest temaga.

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada õdede arvamusi patsientide lähedaste vajadustest ja nende rahuldamisest täiskasvanute intensiivrais ning selgitada seoseid õdede arvamuste ja taustamuutujate vahel.

Eesmärgist lähtuvalt on püstitatud järgmised uurimisküsimused:

1. Kui olulised on õdede arvates patsientide lähedastele vajadused informatsiooni, kaasatuse, toetuse ja sobiva keskkonna järele täiskasvanute intensiivrais?
2. Kuidas realiseeruvad õdede arvates tegelikkuses patsientide lähedaste informeerimine, kaasamine, toetamine ja sobiva keskkonna tagamine täiskasvanute intensiivrais?
3. Millised on seosed õdede arvamuste ja taustamuutujate vahel?

## 2. PATSIENT, TEMA LÄHEDASED JA LÄHEDASTE VAJADUSED INTENSIIVRAVI OSAKONNAS

### 2.1. Patsient ja tema lähedased intensiivravi osakonnas

Intensiivravi osakonnas (IRO-s) on ohustatud patsientide iseseisvus, kuna nad võivad kaotada oma isikupära ja motivatsiooni ning enesesse tõmbuda (Price 2004). Samuti esineb patsientidel raskusi strateegilise mõtlemise, probleemide lahendamise ning iseseisvalt otsuste langetamisega (Jones jt 2006). Patsiendid on IRO-s viibides enamasti liiga raskes seisundis, et suhelda ning otsuste tegemisel osaleda. Nende seisundist tingituna muutub oluliseks lähedaste roll. (McKinley ja Elliott 2007.) Intensiivravi patsientide turvalisuse vajadus on suur ning seda aitab rahuldada lähedastelt saadav toetus. Patsientidele on oluline juba seegi, kui lähedased lihtsalt viibivad nende juures. Lähedased mõjuvad patsientidele julgustavalt, sisendavad neisse lootust, aitavad hoida sidet välismaailmaga ning motiveerivad võitlema paranemise nimel. (Hupsey 2000.) Uurimistöödest selgub, et piiramata külastusaeg ning võimalus viibida patsiendi juures igal ajal aitab tõhusalt rahuldada nii patsientide kui ka lähedaste vajadust informatsiooni ja kindlustunde järele (Giuliano jt 2000, Henneman ja Cardin 2002, Slota jt 2003, Gonzalez jt 2004). Wongi ja Arthuri (2000) uurimistöö andmetel patsiendid ei eelda, et perekond viibib nende juures pikka aega, ent peavad väga oluliseks just külastusaja paindlikkust.

Enamikus tervishoiualastes uurimistöodes käsitletakse lähedastena patsientide pereliikmeid või teisi talle olulisi inimesi. Kasutatakse erinevaid mõisteid: perekond (*family*), perekonnaliikmed (*family members*), lähedased sugulased (*close relatives*), külastajad (*visitors*), armastatud (*loved ones*) ja olulised teised (*significant others*). Kosco ja Warren (2000) defineerivad oma uurimistöös perekonda kui patsiendile olulisi inimesi, nt elukaaslasi, vanemaid, täiskasvanud lapsi, lapselapsi, õdesid ja vendi. Bjetiebier jt (2001) on kasutanud sugulaste mõistet ning see hõlmab patsiendi abikaasat, täiskasvanud lapsi, vanemaid, nõbusid, õdesid ja vendi, abikaasa vanemaid ning ka kaugemad sugulasi, kes on jäetud täpsustamata. Azoulay jt (2003) kasutavad perekonna mõistet, mis tähistab kõiki patsiendi sugulasi või sõpru, kes on tulnud teda külastama.

Käesolevas töös võetakse mõistega “lähedane” kokku kõik inimesed, kes on patsiendi enese sõnul talle lähedased, olenemata nende inimeste juriidilisest seotusest patsiendiga. Lisaks pereliikmetele võivad lähedasteks olla ka elukaaslased, sõbrad, naabrid jne. Kui patsient on teadvusetu ja ei saa ise oma lähedasi määrata, siis käsitletakse nendena inimesi, kes tunnevad end olevat patsiendile lähedased ja seda oma sõnul kinnitavad.

## **2.2. Lähedaste vajadused intensiivravi osakonnas**

Vajadusi (*needs*) defineeritakse kui perekonna nõudmisi, mille täitmise korral väheneb nende distress ning paraneb heaolu (Leske 1986). Intensiivravi patsiendi perekonnaliikmete vajaduste hindamiseks arendas Nancy Molter 1979. aastal välja mõõdiku *The Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) (tõlkes: intensiivravi patsiendi perekonna vajaduste loend), mis koosneb 45-st loetletud vajadusest, mida perekonnaliikmed hindavad neljaastmelisel Likerti skaalal.

Uurimistööde tulemused kinnitavad, et kriitilises seisundis patsiendi ravile saabumine täiskasvanute intensiivravi osakonda tekitab tema perekonnaliikmetes kriisi, umbusku ja tugevat hirmu (Farrell jt 2005, Stayt 2007). Pereliikmed vajavad lootust ja otsivad vastuseid, teadmata sageli, kas lõpptulemus on patsiendi tervenemine, invaliidsus või surm (Farrell jt 2005). Nad seavad prioriteediks oma kriitilises seisundis lähedase inimese ning ei pööra enam iseendale piisavalt tähelepanu (Verhaeghe jt 2005). Fookuses on haige ja haigla ning kõik muud kohustused jäävad pereliikmetele teisejärguliseks. Ooteroumis ootamine selle asemel, et haige juures viibida, suurendab neis hirmu ning tekitab usaldusbarjääre personali vastu. (Vandal-Walker jt 2007.) Azoulay jt (2003) uurimistööst selgub, et juhtunu tõttu kannatab enamik intensiivravi patsientide lähedastest ärevuse ja alla poole depressiooni all.

Lähedased vajavad täpset ja mõistetavat informatsiooni (Henneman ja Cardin 2002, Verhaeghe jt 2005, Verhaeghe jt 2007), mis jätab ruumi ka lootusele (Farrell jt 2005, Verhaeghe jt 2005). Pereliikmed vajavad infot, et mõista olukorda ja saada realistlikke lootusi. Realistlik lootus nende jaoks on see, mis põhineb korrektsel infol. Situatsiooni tõsidusest hoolimata on lootus perekonnale edasiviiv jõud. (Verhaeghe jt 2007.) Pereliikmed vajavad raviarsti ja õega vahetut suhtlemist, mis aitab rahuldada nende infovajadust (Maxwell jt 2007). Hughes jt (2005) nendivad, et lähedased vajavad informatsiooni regulaarselt.



Perekonnad soovivad õdedega tihedamat koostööd, kuna see aitab neil toime tulla ebakindluse ja stressiga (Eggenberger ja Nelms 2007). Pereliikmed soovivad, et vaid üks kindel õde tutvustaks neile osakonda, varustust ja hoolduse põhimõtteid ning selgitaks, mida pereliikmed saaksid patsiendi heaks külastusaja jooksul teha (Verhaeghe jt 2005). Perekonnale on tähtis, et neile helistataks koju patsiendi seisundi muutumise korral (Lee ja Lau 2003, Verhaeghe jt 2005). Samuti on neile väga oluline teada oodatavat tulemust ning saada ausaid vastuseid (Bijettebier jt 2001, Lee ja Lau 2003). Kosco ja Warreni (2000) uurimistööst selgub, et lähedastele on oluline teada patsiendi haiguse prognoosi ning protseduure, teisisõnu – mida ja miks patsiendiga tehakse. Samuti vajavad nad kindlust, et patsient saab parimat võimalikku hooldust ja ravi.

Lähedaste üks olulisi vajadusi on võimalus külastada patsienti piiramata ajal (Henneman ja Cardin 2002, Lee ja Lau 2003, Slota jt 2003, Gonzalez jt 2004, Verhaeghe jt 2005, Maxwell jt 2007), kuid sageli on intensiivravi osakondade külastamine osaliselt piiratud või koguni keelatud (Price 2004, Marco jt 2006, Berti jt 2007). Uurimistöödest selgub, et piiramata külastusaeg ning võimalus viibida patsiendi juures igal ajal, sh ka elustamise ja invasiivsete protseduuride ajal, aitab efektiivselt rahuldada lähedaste info- ja kindlustunde vajadust (Henneman ja Cardin 2002, Slota jt 2003, Gonzalez jt 2004).

Perekonnal on oluline teada, et patsient saab parimat võimalikku abi (Lee ja Lau 2003, Verhaeghe jt 2005, Maxwell jt 2007). Samuti tuleb personalil lähedasi julgustada patsiendiga nii verbaalselt kui ka puudutuste abil suhtlema. Nii toetab perekond patsienti ning samal ajal rahuldab ka iseenda suhtlemis- ja lähedustunde vajadust. (Williams 2005.) Azoulay jt (2003) uurimusest selgub, et pereliikmete vahel puudub ühtne arusaam osalemisest patsiendi hoolduses. Soovi hoolduses osaleda väljendas vaid veidi üle veerandi pereliikmetest. Põhjuseks, miks loobuti hoolduses osalemast, nimetasid lähedased kõige sagedamini seda, et intensiivravi osakonna õed ja hooldajad teevad oma tööd täiuslikult. Ent teine osa lähedasi leidis, et pereliikmete osalus muudab hoolduse patsiendile loomulikumaks, samuti sooviti abistada nii patsienti ning kui ka hooldajaid ja õdesid. Maxwelli jt (2007) uurimusest selgub, et lähedased ei soovi osaleda patsiendi hoolduses. Vähem olulisemad lähedastele on Kosco ja Warreni (2000) tulemuste põhjal ka keskkonna mugavuse aspektid.

### **3. LÄHEDASTE VAJADUSED JA NENDE RAHULDAMINE INTENSIIVRAVIÕDEDE HINNANGUL**

#### **3.1. Infovajadus ja selle rahuldamine**

Uurimistööde tulemused kinnitavad, et intensiivraviõdede hinnangul on tähtis anda patsiendi lähedastele informatsiooni (Söderström jt 2003, Farell jt 2005, Takman ja Severinsson 2006, Engström ja Söderberg 2007, Stayt 2007). Õded arvates seda ka tehakse (Söderström jt 2003, Farell 2005, Hughes jt 2005, Engström ja Söderberg 2007, Stayt 2007). Ent sageli ei anta informatsiooni siiski vabatahtlikult. Põhjustena nimetakse ressursside puudust ja personali vähest väljaõpet. Samuti leiavad õed, et informeeritakse enamasti väga juhuslikult. (Hughes jt 2005.) Õed tunnevad ebakindlust, kui tuleb suhelda korraga kogu perekonnaga ning rääkida emotsionaalselt rasketest probleemidest (Söderström jt 2003). Õed kardavad, et nad ütlevad midagi valesti või ei suuda lähedaste küsimustele adekvaatselt vastata (Stayt 2007).

Nii patsientide lähedased kui ka intensiivraviõded peavad oluliseks, et selgitusi ja teavet jagatakse lähedastele arusaadavas sõnastuses (Maxwell jt 2007). Õed aktsepteerivad lähedaste soove, mis puudutavad informatsiooni jagamist (Takman ja Severinsson 2006). Nad on teadlikud, et teabe hulk, mida lähedased vajavad, on väga individuaalne – mõnel inimesel on see vajadus suurem kui teisel (Hughes jt 2005). Õed peavad oluliseks perekonna teavitamist eesmärgiga, et pereliikmed saaksid ise igati patsienti toetada (Price 2004). Õed tutvustavad ennast lähedastele, räägivad päeva eesmärkidest ja plaanidest ning vastavad küsimustele. Nad teavitavad uusi külastajaid külastusreeglitest ja sellest, mis neid haiglas ees ootab. (Farell jt 2005.) Õded arvates soovivad lähedased saada rohkem infot IRO töökorralduse kohta, sh osakonna telefoninumbrit ja patsiendi raviarsti nime (Takman ja Severinsson 2006). Õed alahindavad lähedaste vajadust, et neile helistataks koju kohe, kui muutub patsiendi terviseseisund (Bijettebier jt 2001, Maxwell jt 2007). Samuti alahindavad õed järgmisi lähedaste vajadusi: teada patsiendi haiguse prognoosi, talle tehtavaid protseduure ning täpseid fakte tema seisundi kohta, saada patsiendi kohta informatsiooni regulaarselt kord päevas ja rääkida tema üleviimise plaanidest (Maxwell jt 2007). Lähedaste infovajaduse üks rahuldamise võimalusi on õdede arvates vaba külastusaeg. Nii on lähedased rahulolevamad, vähem ärevuses ning saavad rohkem teavet patsiendi seisundi kohta. (Marco jt 2006.)

### **3.2. Vajadus olla kaasatud patsiendi ravisse ja hooldusesse ja selle rahuldamine**

Lähedase kaasamises patsiendi ravisse ja hooldusesse on intensiivraviõed eri seisukohtadel. Üldiselt arvavad nad, et perekonna kaasamine patsiendi hooldusprotsessi on oluline (Azoulay jt 2003, Takman ja Severinsson 2006). Märgatavalt väiksem osa õdedest on pereliikmeid patsiendi hooldusesse ka reaalselt kaasanud. Lähedased on olnud kaasatud näiteks patsiendi toitmisel, vannitamisel ja trahhea aspireerimisel. (Azoulay jt 2003.) Sageli kaasavad õed lähedasi hooldusesse alles siis, kui nood ise selleks soovi avaldavad. Et perekond tunneks end kaasatuna, soovivad õed neile kergemaid hooldustoiminguid, näiteks patsiendi suuhügieeni eest hoolitsemist. Ent kui õed sooritavad keerulisi protseduure, palutakse lähedastel palatist lahkuda ning oodata, kuni toiming on lõppenud. (Farrell jt 2005.)

Williamsi (2005) uurimuses tunnistavad õed, et sugulased on sageli patsiendi voodi kõrval pikki päevi. Seetõttu on väga oluline panna neid ennast tundma osana hooldusmeeskonnast ning näidata neile, kuidas luua kontakt armastatud inimesega. Õed leiavad, et pereliikmed vajavad abi, toetust ja juhendamist kahes võtmetegevuses: nende verbaalsel suhtlemisel intubeeritud patsiendiga ja osalemisel hoolduses. Hoolduses osalemiseks ootavad lähedased vaikivat luba. Söderström jt (2003) nendivad, et osale õdedest on enesestmõistetav kaasata pereliikmeid hooldusprotsessi. Siiski ei öelnud ükski õde, et perekonna kaasamine oleks loomulik osa nende tööst. Price'i (2004) uurimistöö tulemused kinnitavad, et õed peavad perekonna kaasamist positiivseks, kuigi mõnikord valmistab see neile raskusi. Õed on tajunud, et perekonna kaasamine aitab patsiendil rahuneda.

Berti jt (2007) uurimusest selgub aga vastupidine – õed ei soovi lähedasi hooldusprotsessi kaasata. Samuti segab hooldusprotsessi nende hinnangul ka avatud uste poliitika. See takistab õdede otsest õendustegevust ning paneb neid pereliikmete teavitamisele üleliigselt aega kulutama. Maxwelli jt (2007) uurimusest selgub samuti, et lähedaste vajadus osaleda patsiendi hoolduses on õdede arvates vähetähtis. Õed kinnitavad, et perekonnaliikmeid ei kaasata ravi ja hoolduse meeskonna omavahelistesse aruteludesse. Bjettebieri jt (2001) uurimuse andmetel on lähedase kaasamine patsiendi füüsilisse hooldusesse õdede arvates vähem tähtis kui lähedaste arvates. Ka Takmani ja Severinssoni (2004) tulemused kinnitavad, et see vajadus on õdede hinnangul lähedastele vähetähtis.

Uurimistulemused kinnitavad, et õdede arvates on lähedastele oluline külastada patsienti igal ajal, kuid võrreldes lähedaste endiga peavad õed seda vähem tähtsaks (Kosco ja Warren 2000, Bijettebier jt 2001). Marco jt (2006) uurimuse andmetel arvavad pooled vastanud õdedest, et vaba külastamisvõimalus vähendab patsiendi energiat ja mõjutab tema hemodünaamilist seisundit. Samal ajal teine pool õdedest on vastupidisel arvamusel: nende meelest tõstab vaba külastamisvõimalus patsientide ja lähedaste rahulolu. Nad leiavad, et vaba külastamisega kaasneb küll suurem füüsiline ja psühholoogiline koormus, kuid see tasub end siiski ära, kuna loob vajaliku õhkkonna patsiendi tervenemiseks. Samuti saab külastuse ajal hankida lähedastelt väärtuslikku informatsiooni patsiendi, tema harjumuste ja reaktsioonide kohta, mis omakorda aitab kaasa hoolduse tulemuslikumale planeerimisele. Nende õdede arvates ei suurenda vaba külastusaeg pereliikmete väsimust ega tekita neis kohustust olla pidevalt patsiendi kõrval. Engströmi ja Söderbergi (2007) uurimusest ilmneb, et intensiivraviõdede arvates mõjub lähedaste kohalolek patsientidele hästi ning lähedastelt saadud info aitab õdedel pakkuda paremat individuaalselt hooldust kriitilises seisundis patsiendile.

Tulemaks toime külastajatega intensiivravi osakonnas, kasutavad õed mitmeid meetmeid. Igal õel on oma lähenemine ning tavaliselt ka omad reeglid külastamiseks lubatava ajalimiidi kohta. Õe sekkumine sõltub külastajast, osakonna töötempo külastuse ajal, patsiendi seisundi muutustest ja reageeringutest külastajatele. Õed lähtuvad sellest, et iga situatsioon on eriline ja seda peab individuaalselt käsitlema. Õdedel on mure teiste patsientide privaatsuse ja konfidentsiaalsuse pärast. Nad on kogenud, et külastajad vaatavad teisi patsiente ja tungivad sel kombel nende privaatsusesse. (Farell jt 2005.) Õed piiravad külastusaega ka siis, kui intensiivravipalatis on ruumipuudus, ühes palatis on palju patsiente või kui patsient vajab puhkust ja und. Õdede hinnangul lubatakse lähedastel olla koos patsiendiga akuutsetes situatsioonides (Engström ja Söderberg 2007). Kriisisituatsioonide puhul või siis, kui patsiendi lähedased on tulnud kaugelt, võib õdede arvates tekkida lähedastel vajadus haiglas ööbida (Takman ja Severinsson 2006). Õed on veendunud, et külastusajad peavad olema paindlikud ning reeglitesse võib teha erandeid (Berti jt 2007, Maxwell jt 2007). Seda näiteks siis, kui patsient on suremas, kui perekonnal on mingil põhjusel probleeme külastusaja järgimisega või kui patsiendil on kindlad emotsionaalsed vajadused. Õed on siiski veendunud, et külastusajad ei tohi olla täiesti piiramata. (Berti jt 2007.)

### 3.3. Toetuse vajadus ja selle rahuldamine

Lähedaste toetamine on intensiivraviõdede hinnagul tähtis (Kosco ja Warren 2000, Price 2004, Engström ja Söderberg 2007). Samuti hindavad õed lähedaste toetuse vajadusi kõige enam rahuldatuks (Kosco ja Warren 2000). Õdede arvates on oluline arvestada lähedaste emotsionaalseid vajadusi, kuid sellega tegeldakse alles pärast seda, kui on rahuldatud patsiendi põhilised füüsilised vajadused ja turvalisuse vajadus (Farell jt 2005). Lähedasi toetatakse, andes neile adekvaatset infot, viibides nende juures ja püüdes luua nendega häid suhteid (Engström ja Söderberg 2007).

Õdede hinnangul on lähedastele tähtis saada oma küsimustele ausaid vastuseid (Bijttebier jt 2001, Engström ja Söderberg 2007, Maxwell jt. 2007), ent samas tuleb anda lähedastele lootust (Engström ja Söderberg 2007, Maxwell jt. 2007). Õed peavad oluliseks, et nad saavad lähedastele ausalt selgitada kogu situatsiooni tõsidust. Kui lähedased loodavad imele, ei võta õed neilt lootust, kuid nad ei pea õigeks ebarealistlikke lootusi. Kui lootust ei ole, on õed lihtsalt lähedastega koos ning püüavad rahuldada nende füüsilise mugavuse aspekte. (Engström ja Söderberg 2007.) Lähedased vajavad õdede hinnangul kindlust, et patsiendile antakse parimat võimalikku abi (Kosco ja Warren 2000, Bijttebier jt 2001, Maxwell jt 2007). Nende arvates on lähedastel tähtis tunda, et personal hoolib patsiendist. See on õdede hinnangul lähedaste jaoks ka rahuldatud. (Kosco ja Warren 2000.)

Õdede arvates on lähedastele oluline, et nad saaksid rääkida iga päev patsiendi raviarsti ning õega. Samas on lähedaste vajadust rääkida õega iga päev õed ise madalamalt hinnanud kui lähedased. (Maxwell jt 2007.) Õed peavad lähedastele tähtsaks, et nood saaksid iga päev rääkida ühe kindla õega (Takman ja Severinsson 2004). Õed tähtsustavad lähedaste vajadusi, mis on seotud nende endi kui teenusepakkujate hoiakutega, näiteks lähedase vajadus lahke suhtlemisviisi järele (Takman ja Severinsson 2006). Õed, kes tähtsustasid pereliikmeid ning pidasid nendega suhte loomist hoolduse eeltingimuseks ja õendusprotsessi loomulikuks osaks, käitusid vastavalt oma veendumusele ning ka julgustasid lähedasi kõige enam (Söderström jt 2003).

Õdede hinnangul on lähedastel vaja teada, mida patsiendi heaks tehakse. Samuti peavad nad lähedastele oluliseks teadmist, et patsiendi heaks on tehtud kõik, mis võimalik. Nende arvates vajavad lähedased ettevalmistust patsiendi seisundiga toimetulekuks, sest paljud inimesed ei ole varem kogenud tõsist haigestumist ega puutunud kokku surmaga. Õdede sõnul on vajalik lähedastele öelda, et šoki- või kriisiseisundit kogeda on normaalne ning et tuleb olla valmis patsiendi

võimalikeks rasketeks perioodideks intensiivravi osakonnas. (Takman ja Severinsson 2006.) Õed rõhutavad omapoolse kaastunde olulisust, samuti seda, et lähedaste vajadust toetuse järele aitavad leevendada õdede selgitused ja tähelepanu. (Maxwell jt 2007.) Nenditakse veel, et lähedastele on oluline usaldada tervishoiuteenuse pakkujate oskusi (Takman ja Severinsson 2006).

Intensiivraviõed leiavad, et lähedased võivad vajada informatsiooni pastori teenuse kohta ning võimalust käia pastori visiidil (Bjettebier jt 2001, Engström ja Söderberg 2007). Lähedastele enestele on see võimalus vähem tähtis (Bjettebier jt 2001). Õed näevad haigla pastori teenuseid täiendusena tervishoiuteenustele. Pastoriga vestlemine võiks toetada neid lähedasi, kes tunnevad end üksildasena. Pastori teenus oleks eriti vajalik patsiendi surma puhul või näiteks pühade perioodil, mil personali arv on väiksem. (Takman ja Severinsson 2006.) Lähedastega võrreldes on õdede hinnangul vähem tähtis, et haiglas oleks olemas üks kindel inimene, kellele lähedased saaksid helistada juhul, kui nad ei saa patsienti ise külastada (Kosco ja Warren 2000). Õdede arvates on väheoluline, et intensiivravi osakonnas oleks keegi, kes annaks lähedastele nõu nende majandusprobleemides, ent samas peavad nad lähedastele oluliseks võimalust rääkida sotsiaaltöötajaga (Takman ja Severinsson 2004). Õed on nimetanud veel tõlgi vajalikkust juhuks, kui lähedased ei oska riigikeelt (Kosco ja Warren 2000).

Intensiivraviõdedel on keeruline hoolitseda kriitilises seisundis patsiendi eest ning samal ajal rahuldada ka perekonna psüühilisi ja füüsilisi vajadusi (Stayt 2007). Samuti on neil raske kohtuda lähedastega, kes ei suuda juhtunuga leppida (Engström ja Söderberg 2007). Pühendumine patsiendi perekonnale on oluline usalduse loomiseks ning terapeutilise suhte arendamiseks. Samas tajuvad õed ohtu, et võib tekkida liigne isiklik seotus, mis raskendab neil oma rolli täitmist. Selle olukorra ennetamiseks ja vähendamiseks rakendavad õed mitmeid meetmeid. Näiteks ollakse hõivatud füüsiliste ülesannete sooritamise, et piirata patsiendi omastega suhtlemist ja et neist eemalduda. (Stayt 2007.)

### **3.4. Sobiva keskkonna vajadus ja selle rahuldamine**

Kosco ja Warreni (2000) uurimistööst selgub, et õed peavad keskkonna mugavust lähedastele vähem oluliseks ning see vajadus on nende hinnangul ka vähem rahuldatud. Bjettebieri jt (2001) uurimistulemused kinnitavad, et nii õdede kui ka lähedaste arvates on keskkonna mugavuse aspektid üldiselt vähem olulised, kusjuures õed hindavad neid aspekte olulisemaks kui lähedased ise. Õed soovivad, et nad saaksid pakkuda lähedastele paremat intensiivravi keskkonda, näiteks suuremat ooteruumi (Engström ja Söderberg 2007). Samuti soovivad õed võimalust pakkuda lähedastele vajaduse korral öömaja (Takman ja Severinsson 2006, Engström ja Söderberg 2007). Õdede arvates on patsiendi lähedastele oluline, et intensiivravi osakonnas oleks nende kasutuses telefon. See vajadus on õdede hinnangul ka rahuldatud. (Kosco ja Warren 2000.) Samuti on õdede arvates lähedastele oluline mugava mööbli, telefoni ja tualettruumi olemasolu ooteruumis või selle lähedal (Takman ja Severinsson 2004) ning haigla territooriumil auto parkimise võimalus (Takman ja Severinsson 2006). Õed kinnitavad, et aitavad lähedastel intensiivravi osakonnas orienteeruda ning kindlustada nende füüsilist heaolu (Stayt 2007).

Õed mainivad, et lähedased võivad soovida tassi kohvi, teed või võileibu ning võivad vajada külmkappi, kuhu panna kaasavõetud toit (Takman ja Severinsson 2006). Samuti leiavad õed, et lähedastele on oluline televiisori olemasolu ooteruumis (Kosco ja Warren 2000). Bjettebieri jt (2001) uurimusest selgus, et nii õed kui ka lähedased ise peavad mugavat mööblit ooteruumis või head sööki haiglas lähedastele ebaoluliseks ning et mugavuse aspektid on vähema tähtsusega kui lähedaste teised vajadused.

### **3.5. Seosed õdede arvamuste ja taustamuutujate vahel**

Verhaeghe'i jt (2005) uurimistulemuste järgi pole õdede suutlikkus hinnata patsiendi lähedaste vajadusi seotud mitte tööstaažiga intensiivravi osakonnas, vaid õe põhiõppe lõpetamisest möödunud ajaga. Õed, kes on küll kauem töötanud, ent lõpetanud õe põhiõppe varem, suudavad halvemini hinnata pereliikmete olulisi vajadusi kui need, kes on vähem töötanud, ent lõpetanud põhiõppe hiljem. Põhjuseks peetaksegi vähem töötanud õdede hiljuti saadud head tänapäevast väljaõpet. Kosco ja Warreni (2000) uurimus kirjeldab seoseid lähtuvalt õe töökogemusest intensiivravi osakonnas. Väiksema kogemusega õdede hinnangul on enam lähedastele vaja intensiivravi personali

seast inimest, kes hoolitseks patsiendi eest individuaalselt. Kogenumad õed tunnetavad rohkem järgmisi lähedaste vajadusi: et haiglas oleks hea toit, et lähedased saaksid igal ajal patsienti külastada, et lähedastel oleks kindlustunne patsiendile pakutava parima võimaliku hoolduse ja ravi suhtes ning et lähedased saaksid korra päevas informatsiooni patsiendi kohta.

Väiksema kogemusega õdede kohta arvatakse, et neil ei pruugi olla niivõrd head ettevalmistust pereliikmete vajaduste rahuldamiseks, kui seda on kogenumatel õdedel (Kosco ja Warren 2000). Ka Engström ja Söderberg (2007) väidavad, et kogemustega intensiivraviõdedel on välja kujunenud isiklikud nõudmised ja veendumused, mille alusel hinnata patsiendi lähedaste vajadusi ja nendega arvestada.

Lisaks sellele, et kogenumad õed tunnetavad rohkem lähedaste vajadust külastada patsienti igal ajal (Kosco ja Warren 2000), selgus, et positiivsem hoiak vaba külastusaja suhtes on ka õdedel, kellel on lapsed. Kui õed on loonud omaenda perekonna, tunnevad nad ennast emotsionaalselt enam seotuna ka kriisis olevate perekondadega. (Marco jt 2006.) Takman ja Severinsson (2004) toovad oma uurimistulemustes esile seose, et võrreldes meestega reastavad naised kõiki lähedaste vajadusi mõõdukalt kõrgemaks.



## **4. METOODIKA**

### **4.1. Uuritavad**

Uurimistöö korraldati Eesti tervishoiuasutuste nendes osakondades, kus osutatakse kolmanda astme intensiivravi teenust täiskasvanud patsientidele. Vastavalt sotsiaalministri määrusele nr 103 “Haigla liikide nõuded” (RTL, 02.09.2004, 116, 1816) on õigus osutada kolmanda astme intensiivravi teenust piirkondlikel haiglatel ja keskhaiglatel. Uuritavateks olid seega kuue haigla 16-s intensiivravi osakonnas töötavad õed. Osakondade õendusjuhtide andmetel töötas neis osakondades 2008. aasta augusti seisuga kokku 342 õde. Uurimistööks moodustati kõikne valim ning välja jagati 342 ankeeti. Tagastati 212 (62%) ankeeti ning analüüsist eemaldati üks ankeet, millest oli täidetud vaid taustaandmete osa. Lõplikku valimisse kuulus seega 211 õde.

### **4.2. Andmete kogumine**

Käesolev uurimistöö on kvantitatiivne, empiiriline ja kirjeldav. Andmed koguti anonüümse ankeediga "Patsiendi-/kliendikesksus täiskasvanute intensiivris – küsimustik personalile". Ankeedi autor on Tartu Ülikooli õendusteaduse osakonna lektor ja teadur Ilme Aro. Ankeet valmis 2008. aastal. See on koostatud erialasele teaduskirjandusele tuginedes ning testitud prooviuuringu käigus enne andmete kogumise algust. Prooviuuring tehti ajavahemikus 01.03.–01.04.2008 ühes valimisse kaasatud intensiivravi osakonnas. Prooviuuringus osales 16 õde, 5 arsti ja 11 hooldajat. Prooviuuringu tulemusi analüüsid selgus, et ankeedi edasine arendamine ei olnud vajalik ning juba täidetud ankeedid kaasati uurimistöösse. Andmed koguti ajavahemikus 01.09.–30.11.2008. Uurimistöö tegemiseks oli olemas Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba (protokolli nr 161/12, 18.06.2007).

Ankeetide jagamiseks kasutati kontaktisikute abi. Kontaktisikud töötasid valimisse kuulunud osakondades õe või vanemõena ning osalesid teadusprojektis vabatahtlikena. Vastutav uurija (käesoleva töö juhendaja) ja magistr töö autor korraldasid ühepäevase seminari, kus kõiki kontaktisikuid informeeriti ja instrueeriti teadusprojekti eesmärgist, patsiendi- ja kliendikesksusest, teadusliku uurimistöö olemusest, uurimistöö usaldusväärsuse tagamisest ja eetilistest aspektidest ning küsimustike jagamise, täitmise ja tagastamise protsessist. Anketeerimise perioodil toimus vastutava uurija, magistr töö autori ning kontaktisikute järjepidev koostöö ja infovahetus ning

kontaktisikutele oli tagatud uurijate toetus. Kontaktisikud jagasid küsimustikud uuritavatele käest kätte ümbrikus, mis oli margistatud ja adresseeritud vastutavale uurijale. Kontaktisikud informeerisid uuritavaid uurimistöö eesmärgist, osalemise vabatahtlikkusest, anonüümsuse tagamisest ning ankeetide täitmisest ja tagastamisest. Ankeetide jagamisel uuritavatele arvestati nende keeleoskust – ankeedid olid nii eesti- kui ka venekeelsed. Uuritavad täitsid ankeedid soovitatult ühe nädala jooksul. Neil oli õigus võtta küsimustik koju kaasa. Hoolimata sellest, et õdedest moodustati ankeetküsitluseks kõikne valim, võisid nad vastamisest loobuda. Sel juhul oli võimalik jätta ankeet täitmata ja tagastamata. Uurimistöös osalejad postitasid täidetud küsimustikud kinnistes ümbrikutes vastutavale uurijale.

Ankeet koosnes viiest osast. Ankeedile oli lisatud kaaskiri, mille eesmärk oli valimisse kuulunud õdesid motiveerida ning juhendada küsimustikku täitma. Vastati viieastmelisel Likerti skaalal, millele oli lisatud 0 – „ei oska öelda“. Ankeet oli jaotatud A- ja B-osaks. A-osas pidi uuritav vastama, mil määral ta nõustub esitatud väidetega ehk kuidas realiseeruvad tema hinnangul lähedase vajaduste eri aspektid tegelikkuses. B-osas pidi uuritav märkima, kui olulised on tema hinnangul patsiendi lähedastele väidetes toodud aspektid. A-osas tähendas 0 – “ei oska öelda”, 1 – “üldse ei nõustu”, 2 – “pigem ei nõustu”, 3 – “ei nõus ega mitte nõus”, 4 – “pigem nõustun”, 5 – “nõustun täiel määral”. B-osas tähendas 0 – “ei oska öelda”, 1 – “täiesti ebaoluline”, 2 – “üsna ebaoluline”, 3 – “ei oluline ega ebaoluline”, 4 – “üsna oluline”, 5 – “väga oluline”.

Paljud uurijad eri riikidest on kasutanud Nancy Molteri arendatud mõõdikut (CCFNI) ning see on olnud põhiline mõõdik perekonnaliikmete vajaduste hindamisel. CCFNI-d on kohandatud ning sellega on uuritud ka perekondade vajadusi õdede vaatekohast (Holden jt 2002). Ka magistrیتöö kirjanduse ülevaatest selgus, et enamik uurimuste autoreid on kasutanud andmete kogumiseks nimetatud mõõdikuid või on andmeid kogunud kvalitatiivselt (vt. lisa 1). Holden jt (2002) ning Verhaeghe jt (2005) tõdevad, et ainult CCFNI-d kasutades jääb uurimistöö piiratuks: lisaaspektide ilmnemine on takistatud. Käesolev magistrیتöö on osa uurimisprojektist „Patsiendi ravi ja hooldus täiskasvanute intensiivravis“. Ka nimetatud projekti raames peeti CCFNI mõõdikut piiratuks ning andmed koguti ankeediga, mis oli koostatud eesmärgiga uurida patsiendi-/kliendikesksust täiskasvanute intensiivravis personali vaatekohast ning sisaldas küsimusi ja väiteid, mis uurisid personali, sh õdede arvamusi seoses patsientide ja/või nende lähedaste vajadustega. Uuriija kasutas originaalankeediga kogutud andmetest ainult patsiendi lähedaste vajadustega seotud osa, lähtuvalt magistrیتöö eesmärgist. Ankeedist välja valitud väidetega mõõdeti, millised vajaduste aspektid on

õdede hinnangul olulised patsiendi lähedastele ning kuidas need tegelikkuses on realiseerunud.

Ankeedi esimene osa (taustaandmed) koosnes üheksast küsimusest, millest käesolevas uurimistöös on kasutatud kahte küsimust. Nendega sooviti teada, kuivõrd on lähedased õdede arvates võimelised patsiendi ravi ja hoolduse kohta otsuseid langetama ning kuivõrd on lähedased patsiendi ravis ja hooldusesse kaasatud. Ankeedi teine osa (andmed teenuse kohta) sisaldas kokku 81 väidet. Uurija kasutas neist 37 väidet, millega sooviti teada, kuivõrd on õdede arvates lähedastele olulised ja rahuldatud info-, kaasatuse ning toetuse vajaduse eri aspektid. Ankeedi kolmas osa (andmed teenuse osutaja kohta) sisaldas 24 väidet, millest uurija ei kasutanud ühtki. Ankeedi neljandas osas (andmed organisatsiooni kohta) oli 31 väidet, millest uurija kasutas 11 väidet ning nendega sooviti teada õdede arvamust keskkonnatingimuste kohta. Ankeedi viiendas osas (uuritavate taustaandmed) oli 39 küsimust ja väidet, millest uurija kasutas 13 küsimust. Neist 7 olid poolavatud, millele uuritavad said lisada enda vastusevariandi, 3 küsimust olid suletud ning 3 küsimusele tuli vastata viieastmelisel Likerti skaalal.

Magistritöö on üks osa teadusprojektist, mis jätkub ka pärast töö esitamist. Mõõdiku arendamine ning valideerimine kestab aastani 2010. Nimetatud põhjustel ei ole magistritööle lisatud andmete kogumiseks kasutatud ankeeti. Käesolevas töös kasutatud väited on esitatud tulemuste osa tabelites originaalkujul, välja arvatud see, et „patsiendi lähedane“ on sõnastatud lühendatult mõistena „lähedane“.

Tervikankeedist võetud osade reliaabluse hindamiseks arvutati Cronbachi  $\alpha$  koefitsient. Selgus, et A-osa Cronbachi  $\alpha$  väärtused jäid vahemikku 0,72–0,90, B-osa aga vahemikku 0,73–0,94. See näitab, et väited iseloomustasid õdede arvamusi patsiendi lähedaste vajaduste kohta. Cronbachi  $\alpha$  väärtused kategooriate kaupa on esitatud tabelis 1.

**Tabel 1. Küsimustiku A- ja B-osa Cronbachi  $\alpha$  väärtused kategooriate kaupa.**

Kategooriad	A-osa Cronbachi $\alpha$ väärtused	B-osa Cronbachi $\alpha$ väärtused
Informatsioon	0,72	0,73
Kaasatus	0,72	0,82
Toetus	0,90	0,94
Keskkond	0,74	0,91

### 4.3. Andmete analüüs

Andmed analüüsiti statistiliselt andmetöötlusprogrammis SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 17.0 ning joonised koostati tabelitöötlusprogrammis Excel 2007. Andmete analüüsi meetoditena kasutati kirjeldavat statistikat,  $\chi^2$ -testi ning korrelatsioonianalüüsi. Olulisuse nivooks määras uurija 0,05 (95% tõenäosusele) ( $\alpha=0,05$ ).

Kirjeldava statistika eesmärk on saada rohkem informatsiooni uuritava nähtuse kohta. Situatsioone püütakse kirjeldada sellistena, nagu need tegelikult on. Kirjeldav statistika annab uusi baasteadmisi ja potentsiaalseid hüpoteese ning neid saab hiljem testida näiteks korrelatsioonianalüüsi käigus. (Burns ja Grove 2001.) Kirjeldava analüüsi põhilise meetodina kasutati sagedusjaotustabeleid ja vajaduse korral risttabeleid. Sagedusjaotustabelid näitavad erinevate tunnuste väärtuste esinemist kogumis, risttabelid rühmitavad kogumi ja näitavad erinevate väärtuste koosesinemise sagedust (Roomets 2003). Tulemused on summeeritud ning esitatud protsentide ja absoluutarvudena. Pidevate tunnuste (vanus, tööstaaž) korral leiti lisaks kirjeldavad statistikud, nagu keskmine ning standardhälve.

Gruppide võrdlemiseks kasutati  $\chi^2$ -testi. See on rakendatav nii arvuliste, järjestus- kui ka nominaaltunnuste korral ning võimaldab sagedusjaotuse põhjal teha järeldusi, kas erinevus kahe grupi vahel on statistiliselt oluline või mitte (Parring jt 1997, Roomets 2003). Risttabelite põhjal arvutati  $\chi^2$ -testi tulemused. Tunnuste vaheliste seoste leidmiseks kasutati Spearmani korrelatsioonianalüüsi. Korrelatsioonianalüüs on kahe või enama muutuja omavaheliste seoste süstemaatiline uurimine. Seose esinemise korral esitatakse selle tüüp (kas positiivne või negatiivne) ja tugevuse aste. (Burns ja Grove 2001.) Spearmani korrelatsioonikordaja kasutamine sobib järjestustunnuste või arvtunnuste puhul (Niglas 2008). Seoste selgitamiseks tehti korrelatsioonianalüüs kõigi taustamuutujate ja uuritavate muutujate vahel. Kuna statistiliselt olulisi ( $p<0,05$ ), kuid nõrku seoseid ( $p<0,250$ ) esines peaaegu kõigi taustamuutujate ja uuritavate muutujate vahel (v.a sugu ja rahulolu palgaga), on käesolevas uurimistöös esitatud need seosed, mis on tähenduslikud töö kontekstis.

Tulemuste esitamisel on ankeedi vastusevariandid „nõustun täiel määral” ning „pigem nõustun” koondatud mõisteks „nõus”, variandid „väga oluline” ning „üsna oluline” mõisteks „oluline“, variandid „üldse ei nõustu” ja „pigem ei nõustu” mõisteks „mittenõus“, variandid „täiesti ebaoluline” ning „üsna ebaoluline” mõisteks „ebaoluline”.

## 5. TULEMUSED

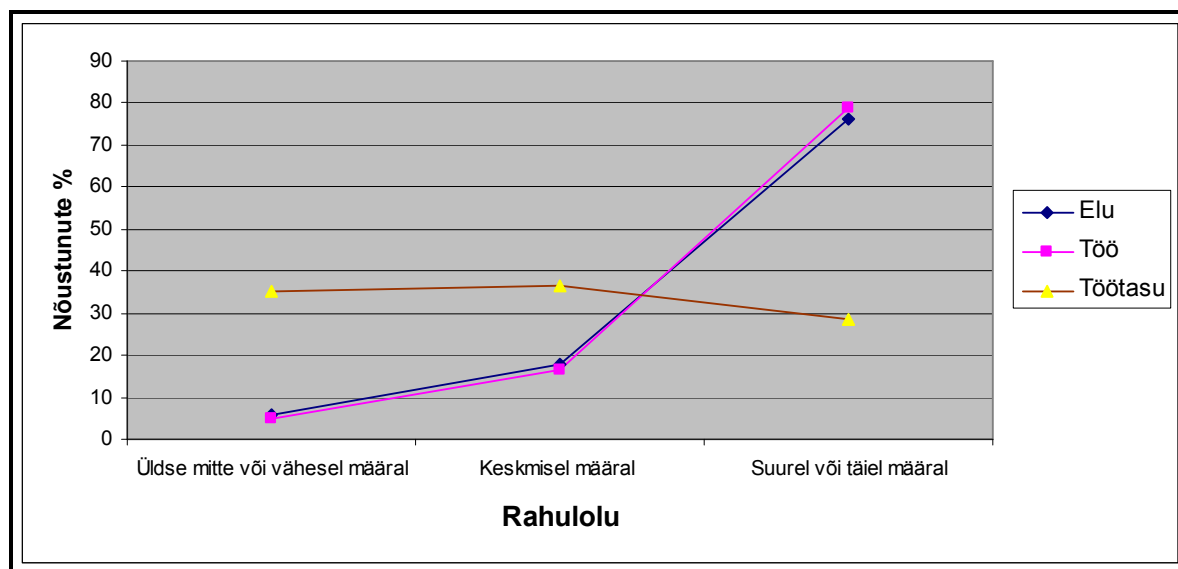
### 5.1. Uuritavate taustaandmed

Ankeedile vastanud õdedest 94,7% olid naised ning 5,3% mehed. Keskmine vanus oli 34 aastat, noorim oli 21-aastane ning vanim 58-aastane. Õdedest olid abielus 43%, vabaabielus 27,8%, vallalised 20,6%, lahutatud 6,2% ning lesed 2,4%. 50,2% olid eestlased, 44,0% venelased, 2,9% ukrainlased ning 2,9% muude rahvuste esindajad. 59,2% uuritavatest olid mitteusklikud ning 40,8% usklikud. Mitte-eestlaste hulgas oli usklikke märkimisväärselt rohkem (63,3%) kui eestlaste hulgas (18,8%), ( $\chi^2=40,7$ ,  $p=0,000$ ). Enim oli uuritavate hulgas kõrgharidusega õdesid (68,6%), keskeriharidusega oli 31,4%. Mitte-eestlaste hulgas oli kõrgharidusega õdesid vähem (39,9%) kui eestlaste seas (60,1%), ( $\chi^2=18,8$ ,  $p=0,000$ ). Uuritavate tööstaaž tervishoius oli keskmiselt 13 aastat – lühim 5 kuud ning pikim 38 aastat. Keskmine tööstaaž intensiivravivis oli 9 aastat – lühim 5 kuud ning pikim 33 aastat. Uuritavate taustaandmed on esitatud tabelis 2.

**Tabel 2. Uurimistöös osalenud õdede taustaandmed.**

Taustaandmed		n	%	Keskmine	Standardhälve
<b>Sugu</b> (n=208)	Naine	197	94,7	34	8,2
	Mees	11	5,3		
<b>Vanus aastates</b> (n=205)	20–29	64	31,2	34	8,2
	30–39	91	44,4		
	40–49	38	18,5		
	50–59	12	5,9		
	60–69	1	0,5		
<b>Perekonnaseis</b> (n=209)	Abielus	90	43	13	9
	Vabaabielus	58	27,8		
	Vallaline	43	20,6		
	Lahutatud	13	6,2		
	Lesk	5	2,4		
<b>Rahvus</b> (n=209)	Eestlane	105	50,2	9	7,3
	Venelane	92	44		
	Ukrainlane	6	2,9		
	Muu rahvus	6	2,9		
<b>Religioosne kuuluvus</b> (n=201)	Usklik	82	40,8	9	7,3
	Mitteusklik	119	59,2		
<b>Haridus</b> (n=210)	Keskeriharidus	66	31,4	9	7,3
	Rakenduskõrgharidus	124	59		
	Kõrgharidus	18	8,6		
	Magistriharidus	2	1		
<b>Tööstaaž tervishoius aastates</b> (n=209)	0,4–10	102	48,8	13	9
	11–20	70	33,5		
	21–30	26	12,4		
	31–40	11	5,3		
<b>Tööstaaž intensiivravivis aastates</b> (n=209)	0,4–10	134	64,1	9	7,3
	11–20	57	27,3		
	21–30	16	7,7		
	31–40	2	0,9		

Uurides õdede rahulolu oma töö, töötasu ning eluga (n=211), selgus, et kõige rohkem oldi rahul tööga (78,7% (166)) ning seejärel eluga (76,3% (161)). Märgatavalt vähem oldi rahul töötasuga (28,5% (60)) (vt joonis 1). Eluga rahulolevad õed olid rahul ka oma töö ( $p=0,268$ ,  $p=0,000$ ) ja töötasuga ( $p=0,207$ ,  $p=0,003$ ) ning vastupidi. Õed, kes olid rahul oma tööga, olid rohkem rahul ka töötasuga ( $p=0,232$ ,  $p=0,001$ ) ning vastupidi.



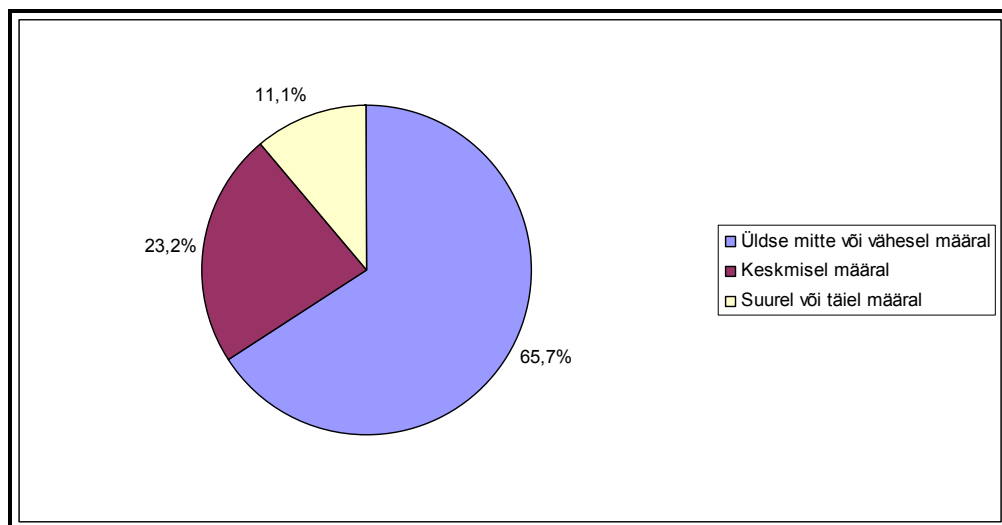
**Joonis 1. Õdede hinnangud rahulolule elu, töö ja töötasuga.**

211 õdest 55,9%-l (118) oli **tööväline kogemus intensiivravist** patsiendi ja/või patsiendi külastajana. Tööväline kogemus intensiivravist puudus 44,1%-l (93) õdedest. Eelnimetatud 118 õdest 14,4%-l (17) oli varasem kogemus patsiendina, 67,8%-l (80) – külastajana, st temale lähedane või tuttav inimene oli olnud IRO-s ravil, ning 17,8%-l (21) nii patsiendi kui ka külastajana. Oma varasemale kogemusele andis hinnangu 118 õdest 100. Nendest 100 õdest 52% (52) hindas oma kogemust meeldivaks, 40% (40) rahuldavaks ning 8% (8) ebameeldivaks. Õdede hinnangud töövälisele kogemusele intensiivravi osakonnas on esitatud tabelis 3.

**Tabel 3. Õdede hinnangud töövälisele kogemusele intensiivravi osakonnas.**

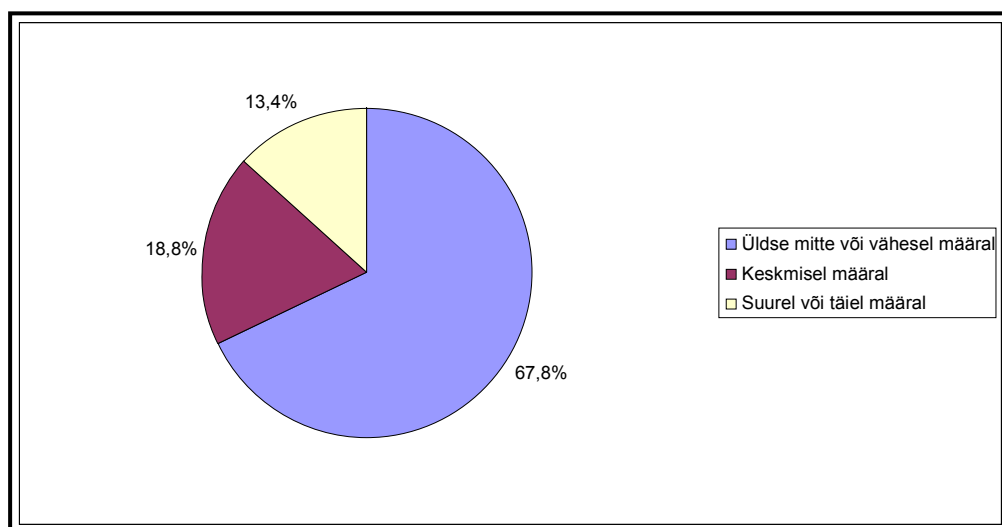
Kategooria	Patsiendina		Külastajana		Patsiendi ja külastajana	
	%	n	%	n	%	n
Rahulolu tase						
Ebameeldiv	1	1	5	5	2	2
Rahuldav	3	3	31	31	6	6
Meeldiv	11	11	30	30	11	11

207 õest 65,7% (136) hinnangul ei ole lähedased võimelised **patsiendi ravi ja hoolduse kohta otsuseid langetama** või on seda võimelised vähesel määral. Vaid 11,1% (23) hinnangul on patsiendi lähedased võimelised otsuseid langetama suurel või täiel määral (vt joonis 2).



**Joonis 2. Õdede hinnang lähedaste võimelisusele langetada otsuseid patsiendi ravi ja hoolduse kohta.**

208 õest 67,8% (141) hinnangul ei ole lähedased **patsiendi ravis ja hooldusesse kaasatud** või on seda vähesel määral. Ainult 13,4% (28) arvates on lähedased kaasatud suurel või täiel määral (vt joonis 3). Mida madalamalt hindasid õed lähedaste võimelisust langetada otsuseid patsiendi ravi ja hoolduse kohta, seda vähesemaks pidasid nad ka lähedaste kaasatust nendesse ning vastupidi ( $\rho=0,585$ ,  $p=0,000$ ).



**Joonis 3. Õdede hinnang lähedaste kaasatusele patsiendi ravis ja hoolduses.**



## 5.2. Lähedaste infovajadus ja info saamine tegelikkuses

Õdede arvates peavad lähedased kõige olulisemaks informatsiooni haigla, selle lähiümbruse ning IRO sisekorra ja töökorralduse kohta. Kõige rohkem saavad lähedased õdede arvates infot IRO sisekorrast ja töökorraldusest. Kõige vähem peavad lähedased õdede arvates oluliseks, et neid juhendataks, kuidas hoolitseda patsiendi eest IRO-s. Kõige vähem aga informeeritakse lähedasi kohe patsiendi seisundi muutustest. Tabelis 4 on esitatud õdede hinnangud infovajaduse aspektide olulisusele lähedaste jaoks ning info saamisele tegelikkuses.

**Tabel 4. Info olulisus lähedastele ning selle saamine tegelikkuses.**

Nr	Väited	Olulisus % (n)				Saamine tegelikkuses % (n)			
		Oluline	Ei oluline ega eba- oluline	Eba- oluline	Ei oska vastata	Nõus	Ei nõus ega mitte- nõus	Mitte- nõus	Ei oska vastata
23	Lähedastele on kättesaadav info haigla ja selle lähiümbruse kohta (parkla, riidehoid, osakonnad, väljapääsud, söögikohad jne)	74,4 (154)	8,7 (18)	2,9 (6)	14 (29)	54,6 (114)	17,7 (37)	14,8 (31)	12,9 (27)
		n=207				n=209			
24	Lähedasi informeeritakse IRO sisekorrast ja töökorraldusest (visiitide ajad, valve vahetused, külastusajad)	73,9 (153)	13 (27)	4,9 (10)	8,2 (17)	85,7 (180)	7,1 (15)	6,2 (13)	1 (2)
		n=207				n=210			
25	Lähedasi informeeritakse IRO eripärast enne, kui nad sinna esimest korda satuvad	65,4 (134)	16,1 (33)	5,3 (11)	13,2 (27)	62,2 (130)	13,4 (28)	15,8 (33)	8,6 (18)
		n=205				n=209			
26	Lähedasi informeeritakse kõigist muutustest patsiendi seisundis kohe, kui need teki- vad (näiteks helistatakse koju)	59 (121)	13,7 (28)	8,8 (18)	18,5 (38)	18,7 (39)	18,7 (39)	49,8 (104)	12,9 (27)
		n=205				n=209			
27	Lähedasi juhendatakse, kuidas hoolitseda patsiendi eest IRO-s	51 (105)	17,5 (36)	9,7 (20)	21,8 (45)	38 (79)	24 (50)	29,8 (62)	8,2 (17)
		n=206				n=208			
28	Lähedasi juhendatakse, kuidas hoolitseda patsiendi eest pärast IRO-st lahkumist	68,3 (142)	11 (23)	4,8 (10)	15,9 (33)	47,1 (99)	18,1 (38)	24,8 (52)	10 (21)
		n=208				n=210			

Õdede arvates on **lähedastele kõige olulisem** info haigla ja selle lähiümbruse (74,4% (154)) ning IRO sisekorra ja töökorralduse kohta (73,9% (153)). 68,3% (142) õdede hinnangul on lähedastele oluline, et neid juhendataks, kuidas hoolitseda patsiendi eest pärast IRO-st lahkumist, ent samas ainult 51% (105) hinnangul – kuidas hoolitseda patsiendi eest IRO-s. 65,4% (134) õdedest peavad lähedastele oluliseks varajast infot IRO eripärast ja ainult 59% (121) kohest teavitamist, kui muutub patsiendi seisund.

**Tegelikkuses teavitatakse õdede hinnangul lähedasi vähem**, välja arvatud IRO sisekorrast ja töökorraldusest. Sellekohast infot on lähedased saanud 85,7% (180) õdede hinnangul. 62,2% (130) arvates teavitatakse lähedasi IRO eripärast enne, kui nad sinna esimest korda satuvad. Info haigla ja selle lähiümbruse kohta on lähedastele kättesaadav 54,6% (114) õdede arvates. 47,1% (99) arvates juhendatakse lähedasi, kuidas patsiendi eest pärast IRO-st lahkumist hoolitseda, ja ainult 38% (79) arvates juhendatakse selles, kuidas hoolitseda patsiendi eest IRO-s. Lähedaste kohest informeerimist kõigist patsiendi seisundi muutustest kinnitab vaid 18,7% (39) õdedest.

### **5.3. Lähedaste kaasatuse vajadus ja nende kaasamine tegelikkuses**

Õdede arvates peavad lähedased kõige olulisemaks seda, et patsiendi ravi ja hoolduse planeerimisel ning elluviimisel arvestatakse nende arvamuste ja ettepanekutega. Kõige enam võimaldatakse tegelikkuses lähedastel patsienti hooldada. Kõige vähem peavad lähedased õdede arvates oluliseks, et lähedastel võimaldatakse lugeda patsiendi ravi- ja hooldusdokumente. See toimub tegelikkuses õdede hinnangul ka kõige vähem. Tabelis 5 on esitatud õdede hinnangud selle kohta, kuivõrd oluliseks nad peavad lähedaste jaoks kaasatust patsiendi ravis ja hoolduses ning kuivõrd on see teoks saanud tegelikkuses.

57,8% (118) **õdede arvates on lähedastele oluline**, et patsiendi ravi ja hoolduse planeerimisel ning elluviimisel arvestatakse nende arvamusi ja ettepanekuid. Võimalust patsienti hooldada peab lähedastele oluliseks 55,4% (113). Õdedest 53,4% (110) arvates on lähedastele oluline, et olukorras, kus patsient ei saa ise oma tahet väljendada, on lähedaste otsused patsiendi hoolduse kohta määravad. Vähem vastanutest (52,4% (108)) arvas sama seoses uuringute ja raviga. 49,5% (101) hinnangul on lähedastele oluline osaleda aruteludes, kus otsustatakse patsiendi ravi ja hoolduse üle. Kõige vähem (29,4% (60)) usuti, et lähedased soovivad lugeda patsiendi ravi- ja hooldusdokumente.

**Kõige sagedamini on lähedastele võimaldatud** patsienti hooldada – 55,6% (115) õdede hinnangul. Olukorras, kus patsient ei saa oma tahet väljendada, peetakse lähedaste otsuseid määravaks patsiendi uuringute ja ravi kohta ning ka hoolduse kohta 35,9% (75) õdede arvates. Ravi ja hoolduse küsimustes arvestatakse lähedaste arvamusi ja ettepanekuid 32,3% (67) hinnangul ning aruteludesse kaasatakse neid 27,1% (56) arvates. Vaid 9,1% (19) õdedest kinnitab, et lähedastel võimaldatakse lugeda ravi- ja hooldusdokumente.

**Tabel 5. Lähedaste kaasatuse olulisus ning selle teostumine tegelikkuses.**

Nr	Väited	Olulisus % (n)				Teostumine tegelikkuses % (n)			
		Oluline	Ei oluline ega eba- oluline	Eba- oluline	Ei oska vastata	Nõus	Ei nõus ega mitte- nõus	Mitte- nõus	Ei oska vastata
58	Lähedastel võimaldatakse osaleda aruteludes, kus otsustatakse patsiendi ravi ja hoolduse üle	49,5 (101)	17,6 (36)	8,3 (17)	24,5 (50)	27,1 (56)	19,3 (40)	36,7 (76)	16,9 (35)
		n=204				n=207			
59	Lähedastel võimaldatakse lugeda patsiendi ravi- ja hooldusdokumente (haiguslugu, õenduselugu)	29,4 (60)	20,1 (41)	16,7 (34)	33,8 (69)	9,1 (19)	4,3 (9)	72,6 (151)	13,9 (29)
		n=204				n=208			
60	Lähedastel võimaldatakse patsienti hooldada (teda toita, pesta jne)	55,4 (113)	16,2 (33)	11,3 (23)	17,2 (35)	55,6 (115)	15,5 (32)	25,1 (52)	3,9 (8)
		n=204				n=207			
61	Patsiendi ravi ja hoolduse planeerimisel ja elluviimisel arvestatakse tema lähedaste arvamuste ja ettepanekutega	57,8 (118)	11,3 (23)	9,8 (20)	21,1 (43)	32,3 (67)	23,7 (49)	32,4 (67)	11,6 (24)
		n=204				n=207			
62	Kui patsient ei saa oma tahet väljendada, on tema lähedase otsused patsiendi uuringute ja ravi kohta määrava tähtsusega	52,4 (108)	11,2 (23)	9,2 (19)	27,2 (56)	35,9 (75)	17,7 (37)	35,9 (75)	10,5 (22)
		n=206				n=209			
63	Kui patsient ei saa oma tahet väljendada, on tema lähedase otsused patsiendi hoolduse kohta määrava tähtsusega	53,4 (110)	10,7 (22)	9,2 (19)	26,7 (55)	35,9 (75)	18,6 (39)	35 (73)	10,5 (22)
		n=206				n=209			

#### 5.4. Lähedaste toetuse vajadus ja selle saamine tegelikkuses

Õdede arvates peavad lähedased kõige olulisemaks seda, et personal suhtuks neisse lugupidavalt just sellistena, nagu nad on. Tegelikkuses realiseerub õdede hinnangul kõige enam see, et lähedaste pöördumisele reageerib personal adekvaatselt. Kõige vähem peavad lähedased õdede arvates oluliseks, et personal julgustaks neid suhtlema teiste patsientide lähedastega, jagamaks nendega muresid ja kogemusi – seda tehakse tegelikkuseski õdede arvates kõige vähem. Tabelis 6 on esitatud õdede hinnangud selle kohta, kuivõrd oluliseks nad peavad lähedaste jaoks toetust ning kuivõrd on lähedased seda tegelikkuses saanud.

**Tabel 6. Lähedaste toetuse vajaduse olulisus ning selle saamine tegelikkuses.**

Nr	Väited	Olulisus % (n)				Saamine tegelikkuses % (n)			
		Oluline	Ei oluline ega eba- oluline	Eba- oluline	Ei oska vastata	Nõus	Ei nõus ega mitte- nõus	Mitte- nõus	Ei oska vastata
66	Personal suhtub patsiendi lähedastesse lugupidavalt just sellistena, nagu nad on	86,9 (179)	2,4 (5)	1,5 (3)	9,2 (19)	90,4 (189)	8,1 (17)	1,4 (3)	0
		n=206				n=209			
67	Personal reageerib adekvaatselt lähedaste pöördumistele	85,4 (175)	2 (4)	2 (4)	10,7 (22)	92,4 (193)	6,2 (13)	0,5 (1)	1 (2)
		n=205				n=209			
68	Personal tunneb huvi lähedaste enesetunde ja olukorraga toimetulemise vastu	58,5 (120)	8,8 (18)	9,3 (19)	23,4 (48)	34,3 (72)	25,7 (54)	34,3 (72)	5,7 (12)
		n=205				n=210			
69	Lähedastel on osakonnas oma kontaktisik, kelle poole nad võivad oma murede ja probleemidega alati pöörduda	52,2 (106)	9,4 (19)	9,8 (20)	28,6 (58)	20,5 (43)	9,5 (20)	54,3 (114)	15,7 (33)
		n=203				n=210			
70	Personal arvestab lähedaste vajadustega (vajadus info, abi, toetuse jne) järele	69,6 (142)	8,8 (18)	2 (4)	19,6 (40)	46,4 (97)	27,8 (58)	17,2 (36)	8,6 (18)
		n=204				n=209			
71	Personal arvestab lähedaste isiklike väärtushinnangute ja töökspidamistega	65,4 (134)	8,8 (18)	5,9 (12)	20 (41)	46,4 (97)	25,4 (53)	18,7 (39)	9,6 (20)
		n=205				n=209			
72	Personal julgustab lähedasi avaldama oma arvamust ja tegema ettepanekuid patsiendi ravi ja hoolduse kohta	49,7 (102)	15,6 (32)	11,8 (24)	22,9 (47)	22,9 (48)	21,4 (45)	47,1 (99)	8,6 (18)
		n=205				n=210			
73	Personal julgustab lähedasi tema eest hoolitsemata	46,6 (95)	17,2 (35)	12,8 (26)	23,5 (48)	41,6 (87)	22 (46)	30,1 (63)	6,2 (13)
		n=204				n=209			
74	Personal ei tee lähedastele etteheiteid, et nad on saamatud, rumalad, hoolimatud vms	71,7 (147)	6,3 (13)	3 (6)	19 (39)	91,9 (192)	2,4 (5)	3,3 (7)	2,4 (5)
		n=205				n=209			
75	Personal julgustab lähedasi rääkima oma tunnetest ja läbielamistest	49,3 (101)	14,6 (30)	9,3 (19)	26,8 (55)	22 (46)	23,4 (49)	43,5 (91)	11 (23)
		n=205				n=209			
76	Personal toetab lähedasi negatiivsete tunnetega (viha, süütunne, hirm, ärevus jm) toimetulekul	64,9 (133)	10,7 (22)	6,3 (13)	18 (37)	46,4 (97)	23,4 (49)	24,9 (52)	5,3 (11)
		n=205				n=209			
77	Personal julgustab lähedasi rääkima patsiendi võimalikust surmast	41,7 (85)	8,8 (18)	9,8 (20)	39,7 (81)	23,6 (49)	16,3 (34)	40,9 (85)	19,2 (40)
		n=204				n=208			
78	Personal aitab lähedastel säilitada lootust	82,9 (169)	3,9 (8)	2,5 (5)	10,8 (22)	76,9 (160)	13,5 (28)	7,2 (15)	2,4 (5)
		n=204				n=208			
79	Personal julgustab lähedasi rääkima oma pereprobleemidest ja aitab nende lahendamisel	27,8 (56)	10,4 (21)	22,4 (45)	39,3 (79)	8,2 (17)	15,9 (33)	62,0 (129)	13,9 (29)
		n=201				n=208			

Nr	Väited	Olulisus % (n)				Saamine tegelikkuses % (n)			
		Oluline	Ei oluline ega eba- oluline	Eba- oluline	Ei oska vastata	Nõus	Ei nõus ega mitte- nõus	Mitte- nõus	Ei oska vastata
80	Personal julgustab lähedasi rääkima oma majandusprobleemidest ja aitab nende lahendamisel	21 (43)	9,8 (20)	28,9 (59)	40,2 (82)	9,5 (20)	4,8 (10)	69,9 (146)	15,8 (33)
		n=204				n=209			
81	Personal julgustab lähedasi abi paluma oma sõpradelt ja lähedastelt väljaspool haiglat	22,8 (47)	11,2 (23)	25,2 (52)	40,8 (84)	12 (25)	10,5 (22)	55,5 (116)	22 (46)
		n=206				n=209			
82	Personal julgustab lähedasi suhtlema teiste patsientide lähedastega, et jagada nendega muresid ja kogemusi	20 (41)	9,8 (20)	24,9 (51)	45,4 (93)	5,8 (12)	3,3 (7)	68,6 (144)	22,4 (47)
		n=205				n=210			
83	Personal julgustab lähedasi osakonnaga ühendust võtma ka pärast patsiendi osakonnast lahkumist	25,8 (53)	9,3 (19)	25,3 (52)	39,5 (81)	10,9 (23)	8,1 (17)	61,4 (129)	19,5 (41)
		n=205				n=210			
84	Lähedastel võimaldatakse olla patsiendi juures alati, kui nad seda soovivad	62,6 (129)	11,7 (24)	9,7 (20)	16 (33)	19,6 (41)	20,5 (43)	56,2 (118)	3,8 (8)
		n=206				n=210			
85	Lähedastel võimaldatakse rääkida arstiga alati, kui nad seda soovivad	83 (170)	4,4 (9)	1,5 (3)	11,2 (23)	64,6 (135)	14,8 (31)	14,8 (31)	5,7 (12)
		n=205				n=209			
86	Lähedastel võimaldatakse rääkida õega alati, kui nad seda soovivad	75,8 (156)	8,3 (17)	2,4 (5)	13,6 (28)	72,8 (153)	7,6 (16)	16,7 (35)	2,9 (6)
		n=206				n=210			
87	Lähedastel võimaldatakse rääkida spetsialistiga oma psühholoogilistest probleemidest	56 (116)	11,6 (24)	4,8 (10)	27,5 (57)	20 (42)	11,9 (25)	36,2 (76)	31,9 (67)
		n=207				n=210			
88	Lähedastel võimaldatakse rääkida spetsialistiga oma usuaasjadest	43,3 (90)	12,5 (26)	9,6 (20)	34,6 (72)	14,3 (30)	11,4 (24)	40,5 (85)	33,8 (71)
		n=208				n=210			
89	Lähedastel võimaldatakse rääkida spetsialistiga sotsiaali võimalustest	56,7 (118)	6,3 (13)	5,8 (12)	31,3 (65)	26,2 (55)	19,5 (41)	22,8 (48)	31,4 (66)
		n=208				n=210			
90	Lähedastel võimaldatakse rääkida spetsialistiga patsiendi järel- ja hooldusravi võimalustest	76 (158)	3,4 (7)	2,9 (6)	17,8 (37)	48,6 (102)	21,4 (45)	16,7 (35)	13,3 (28)
		n=208				n=210			

**Enam pidasid õed lähedastele oluliseks järgmisi toetuse aspekte:** personali lugupidavat suhtumist lähedastesse ja nende aktsepteerimist sellistena, nagu nad on – 86,9% (179); personali adekvaatset reageerimist lähedaste pöördumistele – 85,4% (175); võimalust rääkida arstiga alati, kui lähedane soovib – 83% (170); personali abi lähedaste lootuse säilitamisel – 82,9% (169) ning võimalust rääkida spetsialistiga patsiendi järel- ja hooldusravist – 76% (158). Võimalust rääkida õega alati, kui lähedane seda soovib, pidas lähedaste jaoks oluliseks 75,8% (156) õdedest. See on

vähem, kui peeti oluliseks arstiga rääkimist. Samuti peab suurem osa õdedest lähedastele oluliseks seda, et neile ei tehtaks etteheiteid (71,7% (147)), arvestataks nende vajaduste (69,6% (142)) ning väärtushinnangute ja tõekspidamistega (65,4% (134)) ning toetataks negatiivsete tunnetega toimetulekul (64,9% (133)). Õdedest 62,6% (129) hinnangul peavad lähedased oluliseks võimalust olla patsiendi juures alati, kui nad seda soovivad.

**Ainult** 58,5% (120) õdedest arvab, et lähedastele on tähtis, kui tuntakse huvi nende enesetunde ja olukorraga toimetulemise vastu. 56,7% (118) õdede arvates on lähedastele tähtis, et nendega räägitakse sotsiaalse võimalustest ning 56% (116) arvates, et psühholoogilistest probleemidest. 52,2% (106) õdedest peavad lähedaste jaoks oluliseks kontaktisiku olemasolu.

**Vähem oluliseks** peeti lähedaste jaoks seda, et personal julgustaks neid patsiendi ravi ja hoolduse kohta oma arvamust avaldama (49,7% (102)), oma tunnetest ja läbielamistest rääkima (49,3% (101)), patsiendi eest hoolitsema (46,6% (95)) ning patsiendi võimalikust surmast rääkima (41,7% (85)). Lähedastele vähem tähtsaks hinnati ka võimalust rääkida usuasjadest (43,3% (90)).

Esines ka toetuse vajaduse aspekte, mille tähtsust lähedasele õed hinnata ei osanud või mida **pidas lähedasele oluliseks vaid väga väike osa vastanutest**. Näiteks on väheste õdede hinnangul lähedastele oluline, et neid julgustataks rääkima oma pere- (27,8% (56)) või majandusprobleemidest (21% (43)). Samuti peavad vähesed õed lähedastele oluliseks, et personal julgustaks neid vajaduse korral osakonnaga ühendust võtma ka pärast patsiendi lahkumist sealt (25,8% (53)), oma sõpradelt ja lähedastelt abi paluma (22,8% (47)) ning suhtlema teiste patsientide lähedastega (20% (41)).

**Enamiku õdede hinnangul realiseeruvad tegelikkuses** järgmised kuus lähedaste toetuse vajaduse aspekti: personal suhtub lähedastesse lugupidavalt (90,4% (189)), reageerib adekvaatselt nende pöördumistele (92,4% (193)) ja ei tee neile etteheiteid (91,9% (192)). Uuritavate arvates veidi vähem aidatakse lähedastel säilitada lootust (76,9% (160)). Lähedasel on alati võimalik rääkida õega 72,8% (153) ning arstiga 64,6% (135) uuritava hinnangul.

Ülejäänud toetuse vajaduse aspektid **realiseeruvad õdede hinnangul tegelikkuses vähem**. Näiteks saavad lähedased rääkida spetsialistiga patsiendi järel- ja hooldusravi võimalustest 48,6% (102) õdede arvates. 46,4% (97) õdedest kinnitab, et lähedasi toetatakse negatiivsete tunnetega toimetulekul. Lähedaste vajaduste, isiklike väärtushinnangute ja tõekspidamistega arvestatakse vaid

46,4% (97) hinnangul. Lähedasi julgustatakse patsiendi eest hoolitsema 41,6% (87) õdede arvates ning tema võimalikust surmast rääkima 23,6% (49) arvates. Vähe tunneb personal huvi lähedaste enesetunde ning olukorraga toimetulemise vastu (34,3% (72)).

On hulk toetuse aspekte, mille **realiseerumist tegelikkuses märgib väga väike osa õdedest**. Õdedest vaid 26,2% (55) kinnitab, et lähedased saavad rääkida spetsialistiga sotsiaalse võimalustest. Lähedasi julgustatakse patsiendi võimalikust surmast rääkima vaid 23,6% (49) arvates. Ravi ja hoolduse kohta arvamust avaldama julgustatakse lähedasi 22,9% (48) õdede arvates. Kontaktisiku olemasolu kinnitab 20,5% (43) õdedest. 19,6% (41) õdede sõnul võimaldatakse lähedastel olla patsiendi juures alati, kui nad seda soovivad.

**Vähe julgustatakse lähedasi** rääkima oma tunnetest ja läbielamistest (22,0% (46)), psühholoogilistest probleemidest (20% (42)), usuasjadest (14,3% (30)), majandusprobleemidest (9,5% (20)) ning pereprobleemidest (8,2% (17)). Samuti vähe julgustatakse neid sõpradelt ja lähedastelt abi paluma (12,0% (25)) ning vajaduse korral osakonnaga ühendust võtma ka pärast patsiendi lahkumist sealt (10,9% (23)). Kõige vähem julgustatakse lähedasi suhtlema teiste patsientide lähedastega, jagamaks muresid ja kogemusi – 5,8% (12)).

### **5.5. Lähedaste vajadus sobiva keskkonna järele ja selle olemasolu tegelikkuses**

Õdede arvates peavad lähedased kõige olulisemaks suunavate viitade olemasolu haigla fuajeedes ja koridorides. Tegelikkuses on õdede hinnangul kõige sagedamini haiglates olemas koht, kuhu lähedased saavad turvaliselt jätta oma üleriided. Mugavustega ooteruumi olemasolu ning seal joogivee võtmise või kohvi/tee keetmise võimalust on õdede hinnangul tegelikkuses kõige vähem. Tabelis 7 on esitatud õdede hinnangud sobiva keskkonna aspektide olulisusele ning nende olemasolule tegelikkuses.

**Tabel 7. Lähedastele sobiva keskkonna olulisus ja olemasolu tegelikkuses.**

Nr	Väited	Olulisus % (n)				Olemasolu tegelikkuses % (n)			
		Oluline	Ei oluline ega eba- oluline	Eba- oluline	Ei oska vastata	Nõus	Ei nõus ega mitte- nõus	Mitte- nõus	Ei oska vastata
115	Haigla lähedale on lihtne autot parkida	71,8 (148)	4,9 (10)	7,3 (15)	16 (33)	20,5 (43)	13,3 (28)	59,6 (125)	6,7 (14)
		n=206				n=210			
116	Haiglas on koht, kuhu lähedased saavad turvaliselt jätta oma üleriided	86,5 (180)	1,4 (3)	1,5 (3)	10,6 (22)	81,4 (171)	5,7 (12)	8,6 (18)	4,3 (9)
		n=208				n=210			
117	Haiglas on koht, kus lähedased saavad einestada	67 (138)	11,2 (23)	6,8 (14)	15,0 (31)	58,1 (122)	6,7 (14)	33,8 (71)	1,4 (3)
		n=206				n=210			
118	Haiglas on koht, kus lähedased saavad osta jooke ja suupisteid hilisõhtuni	66,8 (137)	9,3 (19)	7,9 (16)	16,1 (33)	48,6 (102)	5,2 (11)	44,3 (93)	1,9 (4)
		n=205				n=210			
119	Haigla fuajeedes ja koridorides on viidad, mis lihtsustavad otsitava koha leidmist	90,4 (188)	1,4 (3)	0,5 (1)	7,7 (16)	76,3 (161)	12,8 (27)	10,9 (23)	0
		n=208				n=211			
120	Osakonnas on tehtud kõik selleks, et külastajad tunneksid end olevat teretulnud	79,2 (164)	5,8 (12)	1,5 (3)	13,5 (28)	50,7 (107)	20,9 (44)	19 (40)	9,5 (20)
		n=207				n=211			
125	Palatis on piisavalt ruumi selleks, et lähedased saavad olla tema juures, takistamata personali tööd	71,6 (146)	8,8 (18)	5 (10)	14,7 (30)	27,7 (58)	26,8 (56)	45 (94)	0,5 (1)
		n=204				n=209			
126	Palatis on tagatud privaatsus nii, et patsient ja tema lähedased saavad olla omaette	69,1 (143)	11,1 (23)	4,4 (9)	15,5 (32)	20 (42)	16,7 (35)	61 (128)	2,4 (5)
		n=207				n=210			
127	Intensiivravi osakonnas või selle lähedal on mugavustega ooteruum lähedastele	65,2 (133)	8,8 (18)	6,4 (13)	19,6 (40)	17,2 (36)	3,3 (7)	77,6 (162)	1,9 (4)
		n=204				n=209			
128	Lähedastele mõeldud ooteruumis on joogivesi ja kohvi/tee keetmise võimalus	60,7 (125)	5,8 (12)	11,7 (24)	21,8 (45)	16,2 (34)	1,9 (4)	79,1 (166)	2,9 (6)
		n=206				n=210			
129	Lähedastele mõeldud ooteruumis või selle lähedal on tualettruum	68,9 (142)	6,8 (14)	7,8 (16)	16,5 (34)	28,6 (60)	5,2 (11)	64,3 (135)	1,9 (4)
		n=206				n=210			

**Lähedastele kõige olulisemaks peavad õed** suunavaid viitasid haigla fuajeedes ja koridorides (90,4% (188)), turvalist üleriiete jätmise kohta (86,5% (180)), samuti tunnet, et külastajad on osakonnas teretulnud (79,2% (164)). Õdedest 71,8% (148) arvas, et lähedastele on oluline auto parkimise võimalus. Õdedest 71,6% (146) arvates on lähedastele tähtis palati piisav ruumikus, et nad saaksid viibida patsiendi juures personali tööd takistamata, ning 69,1% (143) arvates on lähedastele oluline privaatsus ja patsiendiga omaette olemise võimalus palatis.



Õdede arvates peavad lähedased ooteruumi tingimusi veidi vähem oluliseks. Tualettruumi olemasolu ooteruumis või selle lähedal pidas lähedastele oluliseks 68,9% (142), ooteruumi mugavusi – 65,2% (133) ning joogivee olemasolu ja kohvi/tee keetmise võimalust ooteruumis – 60,7% (125) õdedest. Einestamiskoha olemasolu pidas lähedastele tähtsaks 67,0% (138) õdedest, suupistete ja jookide ostmise võimalust hilisõhtuni – 66,8% (137).

Turvaline üleriiete jätmise koht **on lähedastele olemas** 81,4% (171) õdede arvates. Suunavad viidad on olemas 76,3% (161) ning einestamiskoht 58,1% (122) hinnangul. Suupisteid ja jooke saab hilisõhtuni osta 48,6% (102) arvates. 50,7% (107) õdede sõnul on osakonnas tehtud kõik, et külastajad tunneksid end teretulnuna.

Teised lähedastele olulised keskkonnatingimused on õdede arvates väga vähesel määral täidetud. Vaid 27,7% (58) õdede arvates on palatis piisavalt ruumi, et lähedased saaksid patsiendi juures viibida personali tööd takistamata. Patsiendi ja lähedase privaatsus on palatis tagatud vaid 20% (42) hinnangul. Õdedest 20,5% (43) kinnitab, et lähedastel on võimalik haigla lähedale autot parkida. Tualettruum lähedastele on olemas 28,6% (60) ning mugavustega ooteruum 17,2% (36) õdede arvates. Ooteruumis joogivett võtta või teed/kohvi valmistada saavad lähedased vaid 16,2% (34) hinnangul.

## **5.6. Seosed taustamuutujate ja uuritavate muutujate vahel**

Uurimistöös analüüsiti kõigi eelkirjeldatud taustamuutujate ning uuritavate muutujate vahelisi seoseid. Korrelatsioonianalüüsi tulemusena selgus, et üldse ei mõjutanud õdede arvamusi nende sugu ning rahulolu palgaga. Teiste taustaandmete ja uuritavate tunnuste vahel ilmnemad statistiliselt olulised ( $p < 0,05$ ), kuid nõrgad seosed ( $p < 0,250$ ). Sellest tulenevalt on esitatud vaid need seosed, mis olid tähenduslikud käesoleva uurimistöö kontekstis.

Õed, kes pidasid lähedasi võimeliseks patsiendi ravi ja hoolduse kohta otsuseid langetama, olid ühtlasi ka seisukohal, et lähedastele on oluline juhendamine, kuidas patsiendi eest intensiivravi osakonnas hoolitseda ( $p=0,211$ ,  $p=0,002$ ). Samuti pidasid nad teistega võrreldes lähedastele olulisemaks, et personal julgustaks lähedasi rääkima oma tunnetest ja läbielamistest ( $p=0,227$ ,  $p=0,001$ ), toetaks negatiivsete tunnetega toimetulekul ( $p=0,211$ ,  $p=0,003$ ), julgustaks rääkima

patsiendi võimalikust surmast ( $p=0,186$ ,  $p=0,008$ ) ning et lähedastel võimaldataks rääkida spetsialistiga sotsiaalse võimalustest ( $p=0,195$ ,  $p=0,005$ ). Need õed, kelle hinnangul on lähedased patsiendi ravisse ja hooldusesse kaasatud, pidasid lähedastele olulisemaks juhendamist, kuidas patsiendi eest intensiivravi osakonnas hoolitseda ( $p=0,246$ ,  $p=0,000$ ). Mitteusklikest enam hindasid usklikud õed lähedastele oluliseks, et personal arvestaks nende isiklike väärtushinnangute ja tõekspidamistega ( $p= -0,191$ ,  $p=0,007$ ) ning aitaks säilitada lootust ( $p= -0,219$ ,  $p=0,002$ ).

## 6. ARUTELU

**Lähedaste vajadusi täiskasvanute intensiivravis õdede vaatekohast** ei ole Eestis varem uuritud. Mujal maailmas on uurimistöid tehtud patsientide perede/sugulaste/külastajate jt vajaduste väljaselgitamiseks nende endi hinnangul. Vähem on uurimistöid, mille eesmärk oleks välja selgitada õdede vaatekohti mainitud valdkonnas.

Patsiendile lähedastest inimestest kirjutades kasutatakse uurimistöodes erinevaid mõisteid: "perekonnd", "sugulased", "olulised teised", "külastajad" jne. Samas ei ole sageli täpsustatud, keda "perekonnda" või "tähtsate teiste" all mõistetakse. Magistritöös kasutati mõistet "lähedane", mis võttis need mõisted kokku – lähedastena käsitleti inimesi, kes on patsientide sõnul neile lähedased inimesed, olenemata nende juriidilisest seotusest patsiendiga. Lähedaste vajadused grupeeriti kirjandusallikatele tuginedes ning esile tõusis neli komponenti: infovajadus, kaasatuse vajadus, toetuse vajadus ning sobiva keskkonna vajadus.

Magistritöö on üks osa uurimisprojektist "Patsiendi-/kliendikeskne ravi ja hooldus täiskasvanute intensiivravis". Andmed koguti **Ilme Aro koostatud küsimustikuga**, mida kasutati esimest korda. Ankeet sisaldas küsimusi ja väiteid, mis võimaldasid patsiendi-/kliendikesksust uurida kompleksse nähtusena. Sellise eesmärgiga küsimustikku pole varem koostatud ning mõõdiku arendamine jätkub.

**Mõõdiku valiidsust** aitas tagada enne ankeedi kasutusele võtmist tehtud prooviuuring. Uuringust ei ilmnenud, et ankeeti olnuks vajalik enne andmete kogumist muuta. Tervikankeedist välja valitud väidetega mõõdeti seda, mis on õdede arvates lähedastele oluline ning mida lähedased õdede arvates tegelikkuses saavad. **Mõõdiku reliaabluse** hindamiseks arvutati Cronbaci  $\alpha$  koefitsiendid väidetele, mida on käesolevas uurimistöös kasutatud. Analüüs näitas, et B-osas toetust ja keskkonda puudutavate väidete Cronbachi  $\alpha > 0,91$ . Kuna väited nii A- kui ka B-osas olid samasisulised, siis B-osa kõrgete Cronbachi  $\alpha$ -de põhjuseks võis olla vastuste väiksem hajuvus ja parem korreleeruvus. Edaspidi tuleb tähelepanu pöörata sellele, et mõnes väites on esitatud kaks sarnast mõõdetavat tunnust korraga. Näiteks „lähedastele mõeldud ooteruumis on joogivesi ja kohvi/tee keetmise võimalus“.

**Uurimistöö valim oli kõikne.** Paljud varasemad uurimistööd antud valdkonnas olid tehtud väikeste valimitega. Käesolevas uurimistöös jagati välja 342 ankeeti, millest tagastati 212 (62%). Analüüsist kõrvaldati üks ankeet, mis oli täidetud puudulikult. Kõik ülejäänud ankeedid olid täidetud terviklikult. Erinevus ilmnes ankeedi A- ja B-osade täitmises. Kõige paremini vastati ankeedi A-osa, kus tuli hinnata, kuidas väidetes kajastuvad vajadused tegelikkuses on realiseerunud. A-osa küsimustele vastas 98–100% uuritavatest. Ankeedi B-osas, kus tuli hinnata, kuivõrd need vajadused on lähedaste jaoks olulised, oli vastamismäär veidi väiksem – 95–98% uuritavatest. Järelikult oli õdedel pisut raskem hinnata, kuivõrd olulised on väidetes kajastuvad vajadused lähedastele.

**Ankeetide jagamisel** intensiivravi osakondades kasutati kontaktisikute abi. Kontaktisikud osalesid teadusprojektis vabatahtlikult ning töötasid valimisse kuulunud osakondades õe või vanemõena. Kõiki kontaktisikuid informeeriti ja instrueeriti üksikasjaliselt uurimistöö käigust vastavas seminaris. Ka anketeerimise perioodil toimus uurijate ning kontaktisikute järjepidev koostöö ja infovahetus ning kontaktisikutele oli tagatud toetus. Anketeerimise perioodi lõppedes korraldasid vastutav uurija ning magistr töö autor ühepäevase lõpuseminari, et saada kontaktisikutelt tagasisidet anketeerimisprotsessi kohta ning anda neile tagasisidet laekunud ankeetide kohta. Lõpuseminar oli väga oluline andmete kogumise etapi lõpetamiseks ning kokkuvõtete tegemiseks. Näiteks selgus, et tagastatud ankeetide arvu võis mõjutada ankeedi pikkus (184 küsimust ja väidet) – seda mainisid nii kontaktisikud kui ka küsimustikule vastanud õed. Samuti tuli esile, et mõnest osakonnast tagastati ankeete märksa vähem kui teisest osakonnast. Võib järeldada, et ankeetide täitmine ja tagastamine sõltus ka iga organisatsiooni kultuurist. Eetilisi probleeme uurimistöös ei tekkinud. Osalemine oli vabatahtlik ning osalejatele tagati anonüümsus. Tulemused on esitatud üldistatuna. Täidetud ankeete säilitatakse vaid vastutavale uurijale kättesaadavas kohas.

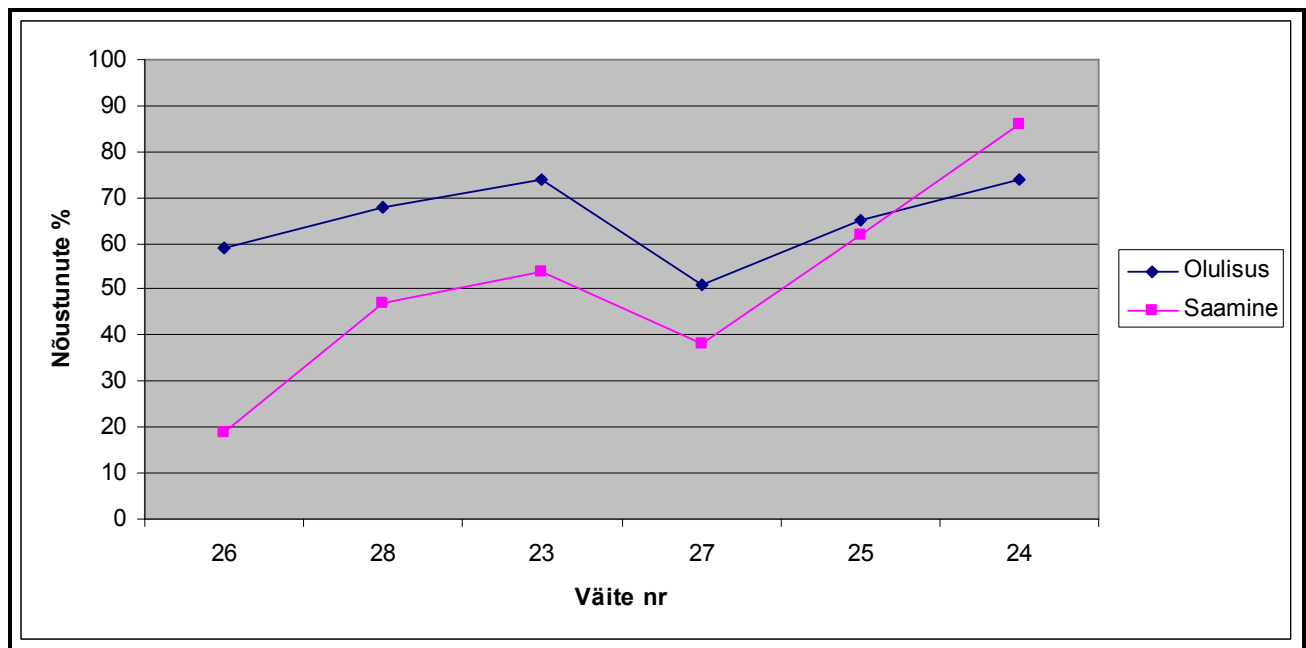
Varasemad uurimistulemused on kinnitanud, et õed ei ole lähedaste tegelikke vajadusi piisavalt hinnanud ega nendega arvestanud. See, mida patsiendi lähedane intensiivravi osakonnas tegelikult vajab, erineb sageli sellest, mida õed arvavad, et ta vajab. Samas kinnitavad uurimistulemused lähedaste olulist rolli intensiivravis. Henneman ja Cardin (2002) ning Damboise ja Cardin (2003) rõhutavad, et patsiendi lähedaste vajadustega arvestamisel peavad siiski alati esikohale jääma patsiendi vajadused ja õigused. Patsiendi kohta käivat teavet on lubatud edastada vaid tema enda nõusolekul ning tema juurde lubatakse vaid lähedasi, kelle kohalolekut ta vajab, ja vaid siis, kui ta neid vajab. Need on olulised lähtekohad ka käimasolevas teadusprojektis. Samuti peab alati arvestama iga inimese ainukordsuse, unikaalsete vajaduste ja eelistustega. Seda kinnitas ka Azoulay

jt (2003) uurimus, millest selgus, et perekonnaliikmete vahel puudub ühtne arusaam patsiendi hoolduses osalemise suhtes. Soovi patsienti hooldada väljendas alla poole vastanud perekonnaliikmetest, samas enamik personalist soovis neid patsiendi hooldusesse kaasata.

Uurimistööde tulemused kinnitasid, et lähedaste üks olulisimaid vajadusi on **infovajadus**. Ükski uurimistöö ei nimeta aspekte, mille kohta lähedased informatsiooni ei vajaks. Varasematest uurimistöödest selgus, et õdede hinnangul on lähedaste infovajadus oluline ning neid ka informeeritakse. Ent võrreldes lähedaste tegelike vajadustega alahindasid õed näiteks neile koju helistamist kohe, kui patsiendi seisund muutub. Magistritöö tulemused näitasid (vt tabel 4, lk 25), et õdede arvates on informatsioon lähedastele oluline vaid 51–74,4% ulatuses. Tegelikult on lähedaste infovajaduse eri aspektid õdede hinnangul rahuldatud väga erinevalt (18,7–85,7%). Kõige rohkem teavitatakse lähedasi IRO sisekorrast ja töökorraldusest ning kõige vähem kõigist muutustest patsiendi seisundis kohe, kui need tekivad. Õdede arvates puudutab lähedastele olulisim info haiglat ja selle lähiümbrust ning IRO sisekorda ja töökorraldust. Juhendamine, kuidas hoolitseda patsiendi eest pärast IRO-st lahkumist, on õdede hinnangul lähedastele olulisem kui juhendamine, kuidas hoolitseda patsiendi eest IRO-s viibimise ajal. Samas juhendamist, kuidas hoolitseda patsiendi eest pärast IRO-st lahkumist, saavad lähedased õdede hinnangul tegelikult ka rohkem. Õdede hinnangul ei ole enamik lähedasi patsiendi ravisse ja hooldusesse kaasatud, mistõttu on ootuspärane, et neid ka juhendatakse selles valdkonnas vähem. Samas on siiski üllatav, et koguni 21,8% õdedest ei oska vastata, kui oluline on lähedastele juhendamine, kuidas hoolitseda patsiendi eest IRO-s, 17,5% õdedest hindasid seda ei oluliseks ega ebaoluliseks. Selline arvamus lubab oletada, et õed tunnevad vähest huvi lähedaste juhendamise vastu antud valdkonnas.

Bijettebieri jt (2001) ja Maxwelli jt (2007) uurimistöödest selgus, et õed alahindasid lähedaste vajadust koju helistamise järele siis, kui muutub patsiendi tervises seisund. Magistritöö tulemused kinnitasid, et õdede hinnangul on lähedastele vähem tähtis saada kohest teavet patsiendi seisundi muutustest. Kui võrrelda õdede hinnanguid infovajaduse aspektide olulisusele lähedaste jaoks ja vastava info tegelikule saamisele, siis selgub, et enamik vajadusi on õdede hinnangul lähedaste jaoks enam olulised, kui lähedased neid tegelikult saavad. Näiteks vajadus saada kohest infot kõigist muutustest patsiendi seisundis (nt koju helistamise teel) on lähedastele oluline 59% õdede arvates, kuid ainult 18,7% hinnangul toimub see ka tegelikult (vt joonis 4, väide nr 26). Samas informatsiooni IRO sisekorrast ja töökorraldusest antakse lähedastele tegelikult rohkemgi, kui seda neile oluliseks peetakse (väide nr 24). Lähedased saavad õdede hinnangul enam seda infot, mis

puudutab IRO keskkonda, ning vähem juhendamist ja infot selle kohta, mis puudutab otseselt patsiendi seisundit.

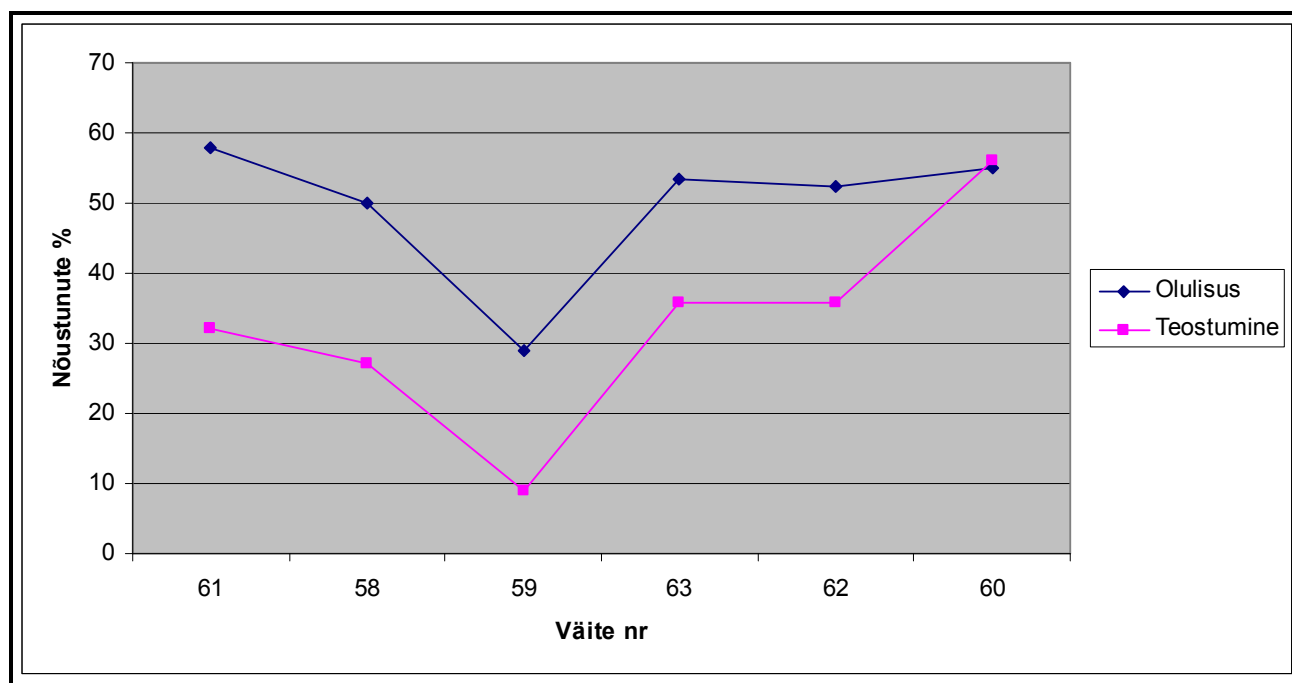


*Joonis 4. Infovajaduse aspektide olulisuse ja saamise võrdlus.*

Eesti intensiivravi osakondades tuleks tervikuna üle vaadata lähedaste informeerimine. On palju valdkondi, milles lähedased ootavad õdedelt teavet, ent õed ei anna seda. Uurimistöös osalenud kontaktisikute sõnul on lähedaste informeerimine õdedele keelatud ning informatsiooni võib anda ainult arst. Samas ei sisalda lähedaste informeerimine pelgalt üksikasju raviskeemide ja haiguse prognoosi kohta – on palju aspekte, mida lähedased vajavad ja millest teavitamine kuulub õdede pädevusse. Näiteks kas ja mida võib patsient süüa, kuidas ta öösel magas, milliste hooldusvahenditega on soovitatav teda hooldada jpm.

Varasemate uurimistööde tulemused näitasid, et õed ei ole üheselt veendunud, kas **lähedaste kaasamine** patsiendi hooldusesse on oluline või mitte. Tulemused kajastasid erinevaid arvamusi. Azoulay jt (2003), Williamsi (2005), Takman ja Severinssoni (2006) uurimistöödest selgus, et perekondade kaasamine patsiendi hooldusesse on oluline. Siiski on Azoulay jt (2003) andmetel väike osa õdedest seda teinud. Maxwelli jt (2007), Berti jt (2007) uurimistöödest selgus, et lähedaste kaasamine patsiendi hooldusesse on õdede arvates vähetähtis. Tõdeti, et ka lähedastel endil on hoolduses osalemise soov väga individuaalne ning pigem seda ei soovita.

Samasugused tulemused ilmneseid ka käesolevas uurimistöös (vt tabel 5, lk 27): kaasatus patsiendi ravis ja hooldusesse on lähedastele oluline vaid 29,4–57,8% õdede hinnangul. Tegelikult osalevad lähedased patsiendi hoolduses veelgi vähesemal määral (9,1–55,6%). Õdede hinnangul on lähedastele kõige olulisem see, et patsiendi ravi ja hoolduse elluviimisel arvestataks nende arvamusi ja ettepanekuid – tegelikult arvestatakse nendega märgatavalt vähem. Oluliseks peab seda 57,8% õdedest, kuid ainult 32,3% leiab, et lähedaste arvamusi ja ettepanekuid tegelikult ka aktsepteeritakse (vt joonis 5, väide nr 61). Samas võimalust patsienti hooldada peab lähedaste jaoks oluliseks 55,4% õdedest ning võimalik on see 55,6% õdede arvates (väide nr 60).



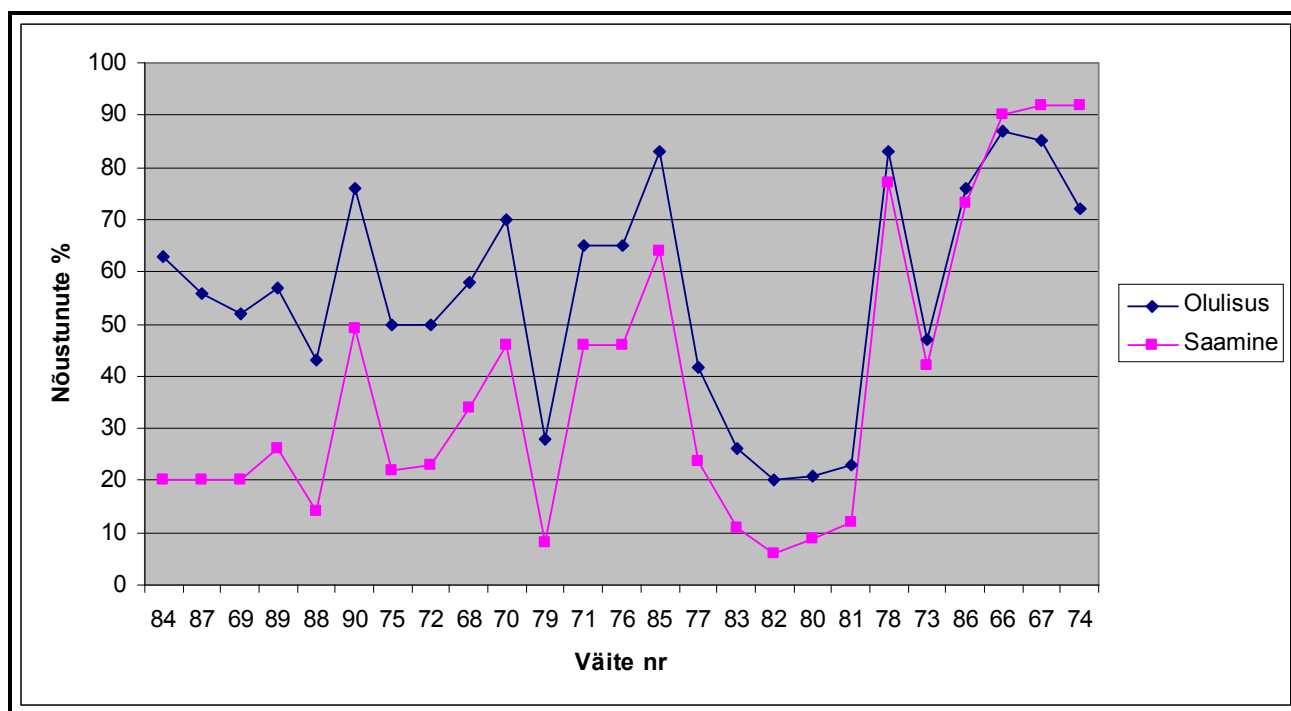
**Joonis 5. Kaasatuse vajaduse aspektide olulisuse ja teostumise võrdlus.**

Ainult 11,1% õdedest hindas lähedasi võimeliseks langetama otsuseid patsiendi ravi ja hoolduse kohta. Enamiku õdede hinnangul (65,7%) on lähedased võimelised patsiendi ravi ja hoolduse kohta otsuseid langetama vaid vähesel määral või üldse mitte. See võib mõjutada õdede arvamusi lähedaste kaasatuse või kaasamise suhtes. Magistritööst selgus, et mida madalamalt hindasid õed lähedaste võimelisust langetada otsuseid patsiendi ravi ja hoolduse kohta, seda vähesemaks pidasid nad ka lähedaste kaasatust patsiendi ravis ja hooldusesse ning vastupidi ( $p=0,585$ ,  $p=0,000$ ). Seega saab väita, et lähedaste kaasamine patsiendi ravis ja hooldusesse võib sõltuda otseselt õdede hinnangust, millisel määral on lähedased võimelised otsuseid langetama. Käesolevast magistritööst ei selgunud seoseid üksikute kaasatuse aspektide ning õdede hinnangute vahel lähedaste

võimelisusele otsuseid langetada. Seega ei saa laiendada seda seost kaasatuse vajaduse eri aspektidele. Siiski tekib küsimus, mille põhjal õed otsustavad lähedaste võimelisuse üle langetada patsiendi ravi ja hooldust puudutavaid otsuseid, kui lähedastele ei anta võimalust kaasatud olla. Kas võib olla tegemist eelarvamustega või varasemate kogemuste põhjal tehtud järeldustega, et Eestis ei soovi lähedased olla patsiendi ravisse ja hooldusesse kaasatud? Samas õdede eelarvamus, et lähedased ei ole võimelised patsiendi ravi ja hoolduse kohta otsuseid langetama, võib kanduda üle ka nende käitumisse ning mõjutada õdede ja lähedaste koostööd. Tulemustest oli siiski näha, et kirjeldatud kaasatuse vajaduse aspekte peavad õed lähedastele enam oluliseks, kui need tegelikkuses realiseeruvad. See näitab, et õed võivad soovida lähedaste suuremat kaasatust ning olemas on eeldus, et seda ka teha.

Patsientide lähedaste üks olulisi vajadusi on **külastada patsienti piiramatult** (Henneman ja Cardin 2002, Lee ja Lau 2003, Slota jt 2003, Gonzalez jt 2004, Verhaeghe jt 2005). Samas näitasid uurimustööde tulemused, et õed ei ole selles üheselt veendunud. Kosco ja Warren (2000), Bijettebieri jt (2001) tulemused kinnitasid, et õed hindavad oluliseks lähedaste vajadust külastada patsienti igal ajal, kuid lähedaste endiga võrreldes hindavad nad seda siiski madalamalt. Farrelli jt (2005) uurimistöö kinnitas, et igal õel on tavaliselt omad reeglid patsiendi külastamiseks lubatava ajalimiidi kohta. Marco jt (2006) andmetel arvavad pooled vastanud õed, et vaba külastamisvõimalus vähendab patsiendi energiat ja mõjutab tema hemodünaamilist seisundit. Samal ajal teine pool õdedest on vastupidisel arvamusel. Ka Eesti tervishoius on selgelt näha, et võimalused patsienti külastada on eri haiglates ja osakondades erinevad. Kui ongi kehtestatud kindlad reeglid, sõltub lähedase võimalus patsienti külastada siiski personalist, kes IRO-s töötab. Magistritöö tulemused kinnitasid (vt tabel 6, lk 28), et lähedaste võimalust olla patsiendi juures alati, kui nad seda soovivad, peab oluliseks 62,6% õdedest, kuid ainult 19,6% kinnitab, et lähedastel see võimalus on (vt joonis 6, väide nr 84). Taas tekib küsimus, et kui õed hindavad mainitud vajadust lähedastele oluliseks, siis miks seda võimaldatakse nii vähesel määral? Kui lähedastel ei võimaldata olla patsiendi juures, ei ole võimalik ka neid kaasata, nende vajadusi välja selgitada ega nendega arvestada.





*Joonis 6. Toetuse vajaduse aspektide olulisuse ja saamise võrdlus.*

Varasemad uurimused kinnitasid, et **lähedaste toetamine** on oluline nii lähedaste kui ka õdede hinnangul. Siiski näiteks Bjettebieri jt (2001) andmetel ülehindavad õed lähedaste toetuse vajaduse mõningaid aspekte. Magistritööst selgus, et lähedaste toetamist kirjeldavatele väidetele on õed andnud nii väga kõrgeid kui ka väga madalaid hinnanguid. Õdede hinnangul on toetamine lähedastele oluline väga erineval määral (20–86,9%). Tegelikult saavad lähedased õdede arvates toetust erinevas ulatuses (8,2–92,4%). Takmani ja Severinssoni (2006) uurimusest selgus, et õed peavad tähtsaks lähedaste vajadusi, mis on seotud teenusepakkujate hoiakutega, näiteks suhtlusviisiga. Sama kinnitavad ka magistritöö tulemused. Õed hindavad lähedasele rohkem oluliseks ning ühtlasi tegelikkuses aset leidvaks neid vajaduse aspekte, mis otseselt puudutavad õdede enda suhtumist ja hoiakuid. Näiteks toetuse vajaduse aspektid, et personal ei tee lähedastele etteheiteid (väide nr 74), reageerib nende pöördumistele adekvaatselt (väide nr 67) ning suhtub lähedastesse lugupidavalt (väide nr 66) realiseeruvad õdede hinnangul isegi enam, kui neid lähedaste jaoks oluliseks peetakse.

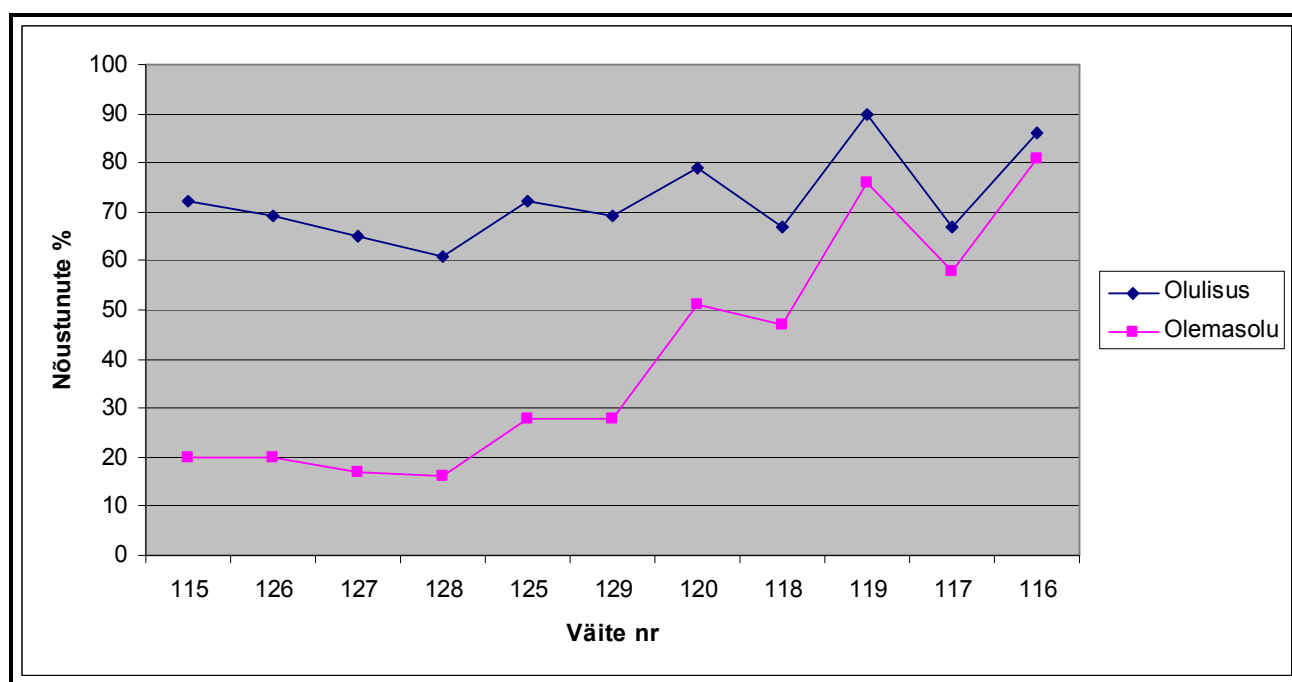
Lähedastele vähem oluliseks hindavad õed neid aspekte, mis eeldavad neilt enestelt konkreetseid tegevusi, näiteks lähedase julgustamine, kontaktisiku tagamine, huvi tundmine lähedase toimetuleku vastu jne. Samuti leiavad need toetuse vajaduse aspektid tegelikkuses ka vähem aset. Ka Kosco ja

Warren (2000) tulemused kinnitavad, et peredega võrreldes on õdedele vähem tähtis näiteks võimalus, et haiglas oleks olemas üks kindel inimene, kellele lähedased saaksid helistada, kui nad ei saa ise patsienti külastada. Maxwelli jt (2007) andmetel on õdede arvates lähedastele oluline, et nad saaksid rääkida iga päev patsiendi raviarsti ning õega. Ent õega rääkimise olulisust lähedasele õed ise alahindavad. Magistritööst ilmnes, et õed peavad lähedastele mõnevõrra olulisemaks võimalust rääkida arstiga kui võimalust rääkida õega.

Magistritöö tulemustest selgus, et õdede hinnangul ei ole lähedastele oluline, et personal julgustaks neid rääkima oma pere- ja majandusprobleemidest ning paluma abi oma sõpradelt ja lähedastelt, julgustaks neid suhtlema teiste patsientide lähedastega ning julgustaks võtma personaliga ühendust ka pärast patsiendi lahkumist osakonnast. Toetuse vajaduse loetletud aspektid on ka tegelikkuses jäänud lähedastel saamata. Võimalusi rääkida erinevate spetsialistidega peavad õed küll lähedastele olulisemaks, kuid tegelikkuses realiseeruvad need siiski vähesel määral. Paljud õed ei osanud ka hinnata, kui olulised toetuse vajaduse mõned aspektid lähedastele olla võivad. Näiteks ei teadnud enamik õdedest, kui oluline võib lähedastele olla see, kui neid julgustatakse rääkima oma pere- ja majandusprobleemidest, paluma abi oma sõpradelt ja lähedastelt väljaspool haiglat; suhtlema teiste patsientide lähedastega ning võtma ühendust personaliga ka hiljem. Bjettebieri jt (2001) ning Engström ja Söderbergi (2007) andmetel leiavad intensiivraviõed, et patsientide lähedased võivad vajada teavet pastori teenuse kohta ning võimalust käia tema visiidil. Samas on see lähedastele enestele vähem tähtis (Bjettebier jt 2001). Takman ja Severinssoni (2004) andmetel peavad õed lähedastele oluliseks võimalust rääkida sotsiaaltöötajaga. Magistritööst ilmnes, et õdede hinnangul on lähedaste jaoks võimalus rääkida spetsialistiga sotsiaalabist vaid väga vähesel määral olulisem kui rääkida spetsialistiga psühholoogilistest probleemidest või usuasjadest. See tundub mõnevõrra üllatav, sest sotsiaalabiteenuse osutamine on Eesti tervishoius enam levinud kui psühholoogi teenus või hingehoiu teenus. Kui uurimisprojekti käigus selguvad edaspidi lähedaste eneste hinnangud vajaduste olulisusele, siis saab neid kõrvutada õdede vaatekohtadega ning osutub võimalikuks suunata õdede tegevust lähedaste tegelikest vajadustest lähtuvalt.

**Lähedastele sobivat keskkonda** intensiivravi osakondades on uurinud väga vähesed autorid. Nimetatakse vaid konkreetseid üksikuid aspekte. Näiteks ööbimisvõimalust, televiisori olemasolu jms. Bjettebieri jt (2001) uurimistöö andmetel on mugavus vähesema tähtsusega ning seda nii õdede kui ka lähedaste vaatekohast. Magistritööst selgus (vt tabel 7, lk 32), et sobiv keskkond on lähedastele oluline 60,7–90,4% õdede arvates ning tegelikkuses on sobiva keskkonna aspektid

olemas väga erineval määral (16,2–81,4%). Lähedastele kõige olulisemad on õdede arvates suunavad viidad fuajeedes ja koridorides. See on õdede arvates lähedaste jaoks üldse kõige olulisem vajadus. Mugavustega ooteruumi ja selles joogivee olemasolu ning kohvi/tee keetmise võimalust esineb tegelikkuses kõige vähem. Õed leiavad, et need on sobiva keskkonna teiste aspektidega võrreldes lähedastele ka vähem olulised. Olulisuse ja olemasolu võrdlusel selgub, et vajadus haigla lähedale lihtsalt autot parkida on oluline, kuid võimalik tegelikkuses vähesel määral (vt joonis 7, väide nr 115). Lähedaste vajadus koha järele, kuhu saab turvaliselt jätta oma üleriided, on lähedaste jaoks oluline enamiku õdede (86,5%) arvates ning enamiku hinnangul on turvaline koht selleks ka olemas (väide nr 116).



**Joonis 7. Sobiva keskkonna aspektide olulisuse ja olemasolu võrdlus.**

Õdede vastustest selgus, et lähedastele on oluline, et palatis oleks piisavalt ruumi selleks, et lähedased saaksid olla patsiendiga, takistamata seejuures personali tööd (väide nr 125), samuti ka see, et palatis oleks tagatud privaatsus (väide nr 126). Samas on need vajadused tegelikkuses rahuldatud vähesel määral. Õed hindavad lähedastele oluliseks ka seda, et külastajad tunneksid end olevat teretulnud. On mõnevõrra üllatav, et lähedastele mõeldud mugavat ooteruumi peab oluliseks ainult 69% vastanutest. Samas mujal tehtud uurimistööd ei uuri enam ooteruumi olemasolu vajalikkust, vaid keskenduvad just selle mugavusele. Näiteks Engströmi ja Söderbergi (2007) tulemustest selgus, et õed sooviksid pakkuda lähedastele suuremat ooteruumi. Takmani ja Severinsson (2004) andmetel arvasid õed, et lähedastele on oluline ooteruumis või selle lähedal

mugava mööbli, telefoni ja tualettruumi olemasolu. Samuti leiavad õed, et lähedastele on oluline televiisori olemasolu ooteruumis (Kosco ja Warren 2000). Bjettebieri jt (2001) uurimistööst selgus, et keskkonna vajaduse aspekte hindasid lähedastele väheoluliseks nii õed kui ka lähedased ise. Näiteks selgus, et lähedastele on mugav mööbel ooteruumis või hea söök haiglas ebaoluline. Käesoleva uurimistöö põhjal on Eesti IRO-des ooteruum olemas vaid 28% õdede hinnangul.

Varasemate uurimistööde tulemused kirjeldavad **seoseid**, mis ilmnevad lähtuvalt õdede tööstaazi, kogemuste, hariduse, soo, laste olemasolu ning arvamuste vahel. Käesolevas uurimistöös ilmnemiseid vaid nõrgad seosed ( $p < 0,250$ ). Seoseid ei esinenud õdede soo ja palgaga rahulolu ning uuritavate muutujate vahel. Verhaeghe jt (2005) põhjendavad seoseid õdede hariduse ja hinnangute vahel sellega, et hiljuti hea väljaõppe saanud õed suudavad paremini hinnata perekonnaliikmete vajadusi. Võiks eeldada, et Eestiski suudavad äsja kooli lõpetanud õed hinnata lähedaste vajadusi teistest paremini, ent käesoleva uurimistöö tulemused sellist vahet ei kinnita. See võib tuleneda siinsest õdede koolituse süsteemist. Nimelt ei omanda tänapäevast haridust mitte ainult need, kes õpivad õe põhiõppes, vaid ka need, kes õpivad taseme-, õde-spetsialisti või täiendusõppes – seda sõltumata east ja töökogemusest.

Juhendamine, kuidas hoolitseda patsiendi eest IRO-s, oli rohkem oluline nende õdede hinnangul, kes leidsid, et lähedased on võimelised patsiendi ravi ja hoolduse kohta otsuseid langetama. Nemad pidasid lähedasi ka enam kaasatuks patsiendi ravis ja hooldusesse. Samuti hindasid toetuse vajaduse eri aspekte lähedastele olulisemaks need õed, kes arvasid, et lähedased on võimelised eelnimetatud otsuseid langetama. See on oluline näitaja selle kohta, et õed toetavad ja juhendavad lähedasi paremini siis, kui leiavad, et lähedased on võimelised otsuseid langetama ning kui nad on patsiendi hooldusesse rohkem kaasatud. Võrreldes mitteusklikega on usklike õdede arvates lähedastele enam oluline, et personal arvestaks nende isiklike väärtushinnangute ja tõekspidamistega ning aitaks neil säilitada lootust. Sellist seost ei ole varasemates uurimistöödes välja toodud.

Magistritööst selgus, et vajadused, mille olulisust õed ei osanud hinnata, on realiseerunud tegelikkuses õdede arvates vähesel määral. Õed hindavad lähedaste jaoks enam oluliseks neid aspekte, mis eeldavad vähem nende endi konkreetset tegevust. Näiteks peavad õed lähedastele märkimisväärselt olulisemaks haigla fuajeedes ja koridorides suunavate viitade olemasolu (90,4%) kui näiteks julgustamist patsiendi eest hoolitsema (46,6%). Samas hindasid õed enamikku vajadustest lähedastele rohkem olulisemaks, kui need tegelikkuses realiseerusid. See näitab, et on

olemas tugev eeldus intensiivravi osakonna lähedasekesksemaks muutmiseks ning ühtlasi ka vajadus selle järele. Siiski oleks vajalik pärast käesolevat uurimistööd selgitada välja kvalitatiivsete uurimistööde abil ka põhjused, miks lähedaste vajadusi ei rahuldata, kuigi õdede arvates peavad lähedased neid oluliseks. Käesoleva uurimistööga ei saanud välja selgitada, kas õdede hinnangud lähedaste vajadustele kattuvad ka nende tegelike vajadustega. Selleks, et teha kindlaks, kas õdede arvamused patsiendi lähedaste olulistest vajadustest kattuvad nende tegelike vajadustega, tuleb tegelikke vajadusi edaspidi hinnata ning võrrelda magistritöö tulemustega.

Enamik varasematest uurimistöödest mujal maailmas on tehtud väikeste valimitega ning tulemuste põhjal on jõutud erinevate järeldusteni sõltuvad riigist, kus töö tehti. Näiteks Berti jt (2007) uurimistööst selgus, et õed ei soovi lähedasi patsiendi hooldusesse kaasata. Samuti segab nende arvates hooldusprotsessi ka avatud uste poliitika. See takistab otseselt õendustegevust, pannes õdesid üleliigselt aega kulutama perekonna teavitamisele. Samas Engströmi jt (2007) uurimistööst selgus, et õdede arvates on lähedaste kohalolek haigetele hea. Lähedastelt hangitud informatsioon aitas õdedel pakkuda kriitilises seisundis patsiendile tõhusamat individuaalset hooldust. Erinevuste tõttu varasemate uurimistöödega oli väga oluline välja selgitada õdede vaatekohad lähedaste vajadustest Eesti kontekstis. See annab võimaluse rakendada saadud tulemusi õenduspraktika parendamiseks, seda nii õendusjuhtimise kui ka õenduskoolituste kaudu. Õendusjuhid saavad käesoleva uurimistöö tulemustele toetudes planeerida personali koolitusi, käsitledes seal näiteks vajadusi, mida õed hindasid lähedastele küll vähem oluliseks, kuid mida kirjandusallikad kinnitavad olevat neile tähtsad.

Magistritöö on osa uurimisprojektist, mille vältel lisaks õdede vaatekohtadele selgitatakse välja ka arstide, abiõdede ja hooldajate vaatekohad. Vaatekohad analüüsitakse ning neid võrreldakse lähedaste ja patsientide tegelike vajadustega. Käesoleva töö tulemused kirjeldasid õdede arvamusi patsientide lähedaste vajadustest ja nende rahuldamisest täiskasvanute intensiivraavis ning selgitasid seoseid õdede arvamuste ja taustamuutujate vahel. Arvukate uurimistööde tulemused on tõestanud, et patsiendi-/kliendikeskne ravi ja hooldus annab palju positiivseid tulemusi – nii patsientide, lähedaste kui ka personali jaoks.

## 7. JÄRELDUSED

Õdede arvates on sobiv keskkond intensiivravi patsiendi lähedaste kõige olulisem vajadus. Sobiva keskkonna vajaduse aspektid olid lähedastele olulised 60,7–90,4% õdede arvates. Kõige olulisem oli õdede arvates lähedaste jaoks suunavate viitade olemasolu haigla fuajeedes ja koridorides ning kõige vähem oluline ooteruumis joogivee olemasolu ja kohvi/ tee keetmise võimalus. Sobiva keskkonna vajadusele järgnes infovajadus, mille eri aspekte pidas lähedastele oluliseks 51–74,4% õdedest. Õdede arvates peavad lähedased kõige olulisemaks saada informatsiooni haigla, selle lähiümbruse ning IRO sisekorra ja töökorralduse kohta ning kõige vähem oluliseks, et lähedasi juhendataks, kuidas hoolitseda patsiendi eest IRO-s. Sobiva keskkonna vajadusele järgnes vajadus toetuse järele, mida peavad õed lähedastele vähem oluliseks. Toetuse vajaduse aspekte hindasid õed lähedastele oluliseks vahemikus 20–86,9%. Õdede arvates peavad lähedased kõige olulisemaks seda, et personal suhtuks neisse lugupidavalt just sellistena, nagu nad on ning kõige vähem oluliseks, et personal julgustab lähedasi suhtlema teiste patsientide lähedastega, et jagada nendega muresid ja kogemusi. Kõige vähem oluliseks hindavad õed lähedaste vajadust olla kaasatud patsiendi hooldusesse ja ravisse – vaid 29,4–57,8% õdedest hindas kaasatuse eri aspekte lähedastele oluliseks. Õdede arvates peavad lähedased kõige olulisemaks seda, et patsiendi ravi ja hoolduse planeerimisel ning elluviimisel arvestatakse nende arvamuste ja ettepanekutega. Kõige vähem peavad lähedased õdede arvates oluliseks, et neil võimaldatakse lugeda patsiendi ravi- ja hooldusdokumente.

Õdede arvates saavad tegelikkuses intensiivravi patsientide lähedased kõige enam informatsiooni. Infovajaduse eri aspektid realiseerusid õdede hinnangul tegelikkuses vahemikus 18,7–85,7%. Õdede arvates saavad lähedased kõige rohkem infot IRO sisekorrast ja töökorraldusest ning kõige vähem informeeritakse lähedasi kohe patsiendi seisundi muutustest. Infovajadusele järgnes sobiva keskkonna vajaduse aspektide olemasolu. Sobiva keskkonna aspektid olid õdede hinnangul tegelikkuses olemas vahemikus 16,2–81,4%. Tegelikkuses on õdede hinnangul kõige sagedamini haiglates olemas koht, kuhu lähedased saavad turvaliselt jätta oma üleriided ning kõige vähem on olemas ooteruumis joogivesi ja kohvi/ tee keetmise võimalus. Toetuse vajaduste seas oli aspekte, mida õdede arvates said lähedased kõige rohkem, kuid oli ka neid, mida lähedased õdede hinnangul ei ole saanud. Toetuse vajaduse aspektid leidsid õdede hinnangul aset vahemikus 8,2–92,4%. Tegelikkuses realiseerub õdede hinnangul kõige enam see, et lähedaste pöördumisele reageerib

personal adekvaatselt ning kõige vähem see, et personal julgustab lähedasi suhtlema teiste patsientide lähedastega, et jagada nendega muresid ja kogemusi. Kõige vähem on lähedased kaasatud patsiendi ravisse ja hooldusesse. Kaasatuse vajaduse aspektid leidsid aset 9,1–55,6% õdede arvates. Õdede arvates võimaldatakse lähedastel tegelikkuses kõige enam patsienti hooldada ning kõige vähem lugeda patsiendi ravi- ja hooldusdokumente.

Korrelatsioonianalüüsi tulemusena selgus, et üldse ei mõjutanud õdede arvamusi nende sugu ning rahulolu palgaga. Teiste taustaandmete ja uuritavate tunnuste vahel tulid esile statistiliselt olulised ( $p < 0,05$ ), kuid nõrgad seosed ( $p < 0,250$ ).

## KASUTATUD KIRJANDUS

Arstide erialade arengukavad. Sotsiaalministri 28. detsembri 2001. a määrus nr 159 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=163227>) (13.10.2007).

Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Arich, C., Brivet, F., Brun, F., Charles, P.-E., Desmettre, T., Dubois, D., Galliot, R., Garrouste – Orgeas, M., Goldgran-Toledano, D., Herbecq, P., Joly, L.-M., Jourdain, M., Kaidomar, M., Lepape, A., Letellier, N., Marie, O., Page, B., Parrot, A., Rodie – Talbere, P.-A., Sermet, A., Tenaillon, A., Thuong, M., Tulasne, P., Le Gall, J.-R., Schlemmer, B. (2003). Family participation in care to the critically ill: options of families and staff. *Intensive Care Medicine*, 29, 1498–1504.

Berti, D., Ferdinande, P., Moons, P. (2007). Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Medicine*, 33(12): 1060–1065.

Bijettebier, P., Vanoost, S., Delva, D., Ferdinande, P., Frans, E. (2001). Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Medicine*, 27, 160–165.

Bruce, B., Letourneau, N., Ritchie, J., Larocque, S., Dennis, C., Elliott, M. R. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Journal of Family Nursing*, 8(4): 408–430.

Burns, N, Grove, S. K. (2001). The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization. W.B.S., Philadelphia.

Damboise, C. ja Cardin, S. (2003). Family-centered critical care. How one unit implemented a plan. *American Journal of Nursing*, 103(6): 56AA–56EI.

Eggenberger, S. K., Nelms, T. P. (2007). Family interviews as a method for family research. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3): 282–292.

Engström, A., Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1651–1659.

Farrell, M. E., Joseph, D. H., Schwartz-Barcott, D. (2005). Visiting Hours in the ICU: Finding the Balance among Patient, Visitors and Staff Needs. *Nursing Forum*, 1(40): 18–28.

Giuliano, K. K., Giuliano, A. J., Bloniasz, E., Quirk, P. A., Wood, J. (2000). Families first. Liberal visitation policies may be in patients' best interest. *Nursing Management*, 31(5): 46–50.



Gonzalez, C. E., Carroll, D. L., Elliott, J. S., Fitzgerald, P. A. & Vallent, H. J. (2004). Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *American Journal of Critical Care*, 13(3): 194–197.

Haigla liikide nõuded. Sotsiaalministri 19. augusti 2004. a määrus nr 103 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=793970>) (13.10.2007).

Henneman, E., Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22, 12–19.

Holden, J., Harrison, L., Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 140–148.

Hughes, F., Bryan, K., Robbins, I. (2005). Relatives experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*, 10(1): 23–30.

Hupsey, J. E. (2000). Feeling Safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients. *Journal on Nursing Scholarship*, 32(4): 361–367.

Jones, C., Griffiths, R. D., Slater, T., Benjamin, K. S., Wilson, S. (2006). Significant cognitive dysfunction non-delirious patients identified during and persisting following critical illness. *Intensive Care Medicine*, 32, 923–926.

Kosco, M., Warren, N. A. (2000). Critical Care Nurses Perceptions of Family Needs as Met. *Critical Care Nurses*, 23(2): 60–72.

Lee, L. Y. K., Lau, Y. L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 490–500.

Leske, J. S. (1986). Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart & Lung*, 15(2): 189–193.

Marco, L., Bermejillo, I., Garayalde, N., Sarrate, I., Margall, M. A., Asiain, M. C. (2006) Intensive care nurses beliefs and attitudes toward the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nursing in Critical Care*, 1(11): 33–41.

Maxwell, K. E., Stuenkel, D., Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart and Lung*, 36(5): 367–376.

McKinley, S., Elliott, R. M. (2007). Implications for Australian practice of North American guidelines for the support of the family in patient-centred intensive care. *Collegian*, 15, 11–17.

- Molter, N. C. (1979). Needs of the relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart and Lung*, 8(2): 332–339.
- Niglas, N. (2008). Statistilise andmetöötuse pakett SPSS 14.00 põhikursus. TLÜ Kirjastus, Tallinn.
- Parring, A. M., Vähi, M., Käärrik, E. (1997). Statistilise andmetöötuse algõpetus. Tartu Ülikooli Kirjastus, Tartu.
- Price, A. M. (2004). Intensive care nurses experiences of assessing and dealing with patients psychological needs. *Nursing in Critical Care*, 9, 134–142.
- Roomets, S. (2003). Statistika algkursus. AS Rebellis, Tallinn.
- Slota, M., Shearn, D., Potersnak, K. & Haas, L. (2003). Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting. *Critical Care Medicine*, 31(5): S362–S366.
- Starkopf, J. (2009). Anesteesia ja intensiivravi Eestis 2008. aastal. (<http://www.anest.ee/public>) (17.04.2009).
- Stayt, L. C. (2007). Nurses experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6): 623–630.
- Söderström, I. M., Benzein, E. Saveman, B. I. (2003). Nurses experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 17(2): 185–92.
- Takman, C. A. S., Severinsson, E. I. (2004). The needs of significant others within intensive care – the perspectives of Swedish nurses and physicians. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 22–31.
- Takman, C. A. S., Severinsson, E. I. (2006). A description of healthcare providers perceptions of the needs of significant others in intensive care units in Norway and Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 228–238.
- Vandall-Walker, V., Jensen, L., Oberle, K. (2007). *Qualitative Health Research*, 17(9): 1207–1218.
- Verhaeghe jt , S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 501–509.
- Verhaeghe jt , S., Zuuren, F. J., Defloor, T., Duijnste, M. S., Grypdonck, M. H. F. (2007). How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? *Journal of Clinical Nursing*, 16(8): 1488–1497.

Williams, C. (2005). The identification of family members contribution to patients care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nursing In Critical Care*, 10(1): 6–14.

Wong, F. Y. K., Arthur, D. G. (2000). Hong Kong patients experiences of intensive care after surgery: nurses and patients views. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 290–303.

**LISA 1. Õdede vaatekohast lähedaste vajadusi ja nende rahuldamist käsitlevad uuringused**

Jrk nr	Uurija	Töö pealkiri	Eesmärk	Uuritavad ja valim	Andmete kogumise meetod	Olulisemad tulemused
1.	Azoulay jt (2003) Prantsusmaa	<i>Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff.</i>  Perekonna osalus kriitiliselt haige patsiendi hoolides: perekonna ja personali arvamused.	Kirjeldata perekonna osalust kriitiliselt haige patsiendi hooliduses perekonna ja personali arvamuste põhjal.	78 IRO-d: 2754 töötajat, sh: 1473 õde, 725 õde-assistenti, 542 arsti, 14 füsioterapeuti ning 544 pereiliiget, 357 patsienti.	<b>Kvantitatiivne</b>  Patsiendid: küsimustik <i>Simplified Acute Physiology Score II (SAPS II)</i> . Perekonnaliikmed: küsimustik <i>The Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)</i> ning <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> . Personal: uunija koostatud küsimustik.	88,2% personalist soovis perekondi kaasata patsiendi hoolidusesse. Ainult 33,4% pereliikmetest soovisid patsiendi hooliduses osaleda.
2.	Berti jt (2007) Belgia	<i>Beliefs and attitudes of intensive care nurses towards visits and open policy.</i>  Intensiivraviõdede uskumused ja hoiakud külastamise ja avatud uste poliitikasse.	Kirjeldata õdede uskumusi ja hoiakuid seoses IRO külastamise ja avatud uste poliitikaga.	30 IRO-d: 531 õde.	<b>Kvantitatiivne</b>  Küsimustik: <i>Beliefs and Attitudes toward Visitation in ICU Questionnaire (BAVIQ)</i> .	Õed ei poolda avatud uste poliitikat. Enamik õdedest arvab, et avatud uste poliitika häirib patsiendi hoidusprotsessi.
3.	Bijettebier jt (2001) Belgia	<i>Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses.</i>  Intensiivravi patsientide sugulaste vajadused: sugulaste, arstide ja õdede ettekujutused.	Kirjeldata sugulaste, arstide ja õdede vaatekohti kriitiliselt haige patsiendi sugulaste vajaduste kohta.	Üks ülikoolihaigla: 38 arsti, 143 õde, 200 sugulast.	<b>Kvantitatiivne</b>  Lähedased: küsimustik <i>CCFNI</i> originaalversioon.  Personal: <i>CCFNI</i> ümbersõnastatud versioon.	18 vajaduse puhul alahindas personal lähedaste tegelikke vajadusi, 6 vajaduse puhul ülehindas neid. Alahindamist ilmes iga kategooria puhul. Ülehindamine oli seotud mugavuse, toetuse ja kindlustunde skaaladega. Neli lähedaste kõige tähtsamat vajadust olid tähtsad ka õdede ja arstide hinnangul.
4.	Engström ja Söderberg (2007) Rootsi	<i>Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses.</i>  Lähisugulased intensiiv-ravis - intensiivraviõdede vaatekohast.	Kirjeldata intensiivravi õdede kogemusi seoses patsiendi lähisugulastega intensiiv-ravis.	4 IRO-d: 24 õde.	<b>Kvalitatiivne</b>  Struktureerimata intervjuu.	Õed võtavad enesestmõistetavana lähedaste kohalolekut. Informatsioon lähedastelt andis õdedele võimaluse pakkuda patsiendile individuaalset lähene-mist. Lähisugulased on õdede hinnangul olulised.

Jrk nr	Uurija	Töö pealkiri	Eesmärk	Uuritavad ja valim	Andmete kogumise meetod	Olulisemad tulemused
5.	Farrell jt (2005) USA	<i>Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs.</i>  Külastustunnid IRO-s: tasakaalu leidmine patsiendi, külastajate ja personalijuhendite vahel.	Kirjeldada õdede kogemusi seoses külastajatega IRO-s.	Üks IRO: 8 õde.	<b>Kvalitatiivne</b>  Struktureerimata intervjuu. Dokumentide ülevaade.	Igal õel on lähedaste suhtes oma lähenemine. Õed järgivad külastusreegleid erinevalt. Lähedasi kaastakse lihtsamatesse toimingutesse siis, kui nad ise soovi avaldavad.
6.	Hughes jt (2005) Inglismaa	<i>Relatives experiences of critical care.</i>  Sugulaste kogemused intensiivravist.	Kirjeldada sugulaste kogemusi intensiivravi keskkonnast ning seda, kuidas õed neid kogemusi tajuvad.	Üks IRO: 5 õde ja 8 sugulast.	<b>Kvalitatiivne</b>  Struktureerimata intervjuu.	Õed märkasid täpselt sugulaste kogemusi. Üldine rahulolematust ilmneb informatsiooni jagamise suhtes.
7.	Kosco ja Warren (2000) USA	<i>Critical care nurses perceptions of family needs as met.</i>  Intensiivraviõdede efektiivsed perekoonna vajaduste rahuldamisest.	Selgitada välja, kas õdede efektiivsus perekoonna vajaduste rahuldamisest korreleerub pere efektiivsusega. Tuvastada perekoonna liikmete vajadused ning saada teada, kuidas need rahuldati.	Üks IRO: 38 õde ja 45 pereliiget.	<b>Kvantitatiivne</b>  Küsimustikud: <i>Demographics Data Questionnaire, CCFNI ning Needs Met Inventory (NMI).</i>	Oli vaid 3 vajadust, mida lähedased pidasid oluliseks ning mis olid ka õdede poolt rahuldatud. Vaid 4 vajadust, mida õed pidasid oluliseks, olid õdede arvamusel lähedaste jaoks ka rahuldatud. Seosed esinesid sõltuvalt õdede kogemustest.
8.	Maxwell jt (2007) USA	<i>Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions.</i>  Kriitiliselt haige patsiendi perekoonaliikmete vajadused: õdede ja perekoonna vaatekohtade võrdlus.	Avastada erinevusi kriitiliselt haigete patsientide perekoonaliikmete vajaduste ja õdede seisukohtade vahel ja selgitada, millised vajadused nendest on rahuldatud.	Üks IRO: 30 õde ja 20 pereliiget.	<b>Kvantitatiivne</b>  Ankeetküsimustik: CCFNI muudetud versioon ning NMI.	Õed ja perekoonaliikmed on üldiselt ühisel arusaamisel kõige tähtsamate vajaduste osas. Õed siiski arvasid perekoonaliikmete vajadusi vähem tähtsamateks ning need olid ka vähem rahuldatud.
9.	Marco (2006) Hispaania	<i>Intensive care nurses beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses.</i>  Intensiivraviõdede uskumused ja hoiakud vaba külastamise mõjude suhtes patsientidele, perekoonnale ja õdedele.	Kirjeldada intensiivraviõdede uskumusi ja hoiakuid seoses vaba külastamisajaga. Analüüsida seoseid õdede uskumuste ja suhtumiste ning taustamuutujate vahel.	Üks IRO: 46 õde.	<b>Kvantitatiivne</b>  Uurijate koostatud kaks ankeetküsimustikku.	Õed on veendunud, et perekoonnad annavad patsientidele emotsionaalset toetust ning suurendavad elutaset. Siiski lähedaste kaasamine sõltub perekoonnast ja patsiendist.

Jrk nr	Uurija	Töö pealkiri	Eesmärk	Uuritavad ja valim	Andmete kogumise meetod	Olulisemad tulemused
10.	Stayt (2007) Inglimaa	<i>Nurses experiences of caring for families with relatives in intensive care.</i>  Õdede kogemused perekondade eest hoolitsemisel, kelle sugulased on ravil IRO-s.	Kirjeldada õdede kogemusi hoolitsemisel perede eest, kellel on sugulasi ravil täiskasvanute intensiivravis.	Üks IRO: 12 õde.	<u>Kvalitatiivne</u>  Struktureerimata intervjuu.	Uurimus toob esile perede eest hoolitsemise keerulise olemuse. Õdedel on keeruline rahuldada perekonna psüühilisi ja füüsilisi vajadusi ning samal ajal hoolitseda kriitiliselt haige patsiendi eest. Õed võivad rakendada emotsionaalseid ja füüsilisi piiranguid suhetes peredega ning pered ei saa tuge ja hoolidust, mida nad vajavad.
11.	Söderström jt (2003) Rootsi	<i>Nurses experiences of interactions with family members in intensive care unit.</i>  Õdede kogemused koostööst tegelemisel pereliikmetega IRO-s.	Kirjeldada õdede kogemusi koostööst pereliikmetega intensiivravis.	Kokku kaks IRO-d kahest erinevast haiglast: 10 õde.	<u>Kvalitatiivne</u>  Struktureerimata intervjuu.	Selgus 2 kategooriat: 1. Õed nägid pereliikmeid tähtsana õendushoolduses ning oluline oli luua nendega kontakt. 2. Õed pidasid tähtsamaks tehnilisi ülesandeid ning nägid end spetsialistina, kellel on vähe aega perekonnaliikmete jaoks ja neil oli raskusi suhete loomisega.
12.	Takman ja Severinsson (2004) Rootsi	<i>The needs of significant others within intensive care – the perspectives of Swedish nurses and physicians.</i>  Lähedaste vajadused intensiivravis – Rootsi õdede ja arstide ettekujutused.	Kirjeldada ja võrrelda IRO-des töötavate õdede ja arstide arvamusi patsientide lähedaste vajadustest. Selgitada seoseid arstide ja õdede arvamuste ja taustamuutujate vahel.	Rootsi IRO-d: 292 registreeritud õde, 232 nimekirja kantud õde, 79 arsti.	<u>Kvantitatiivne</u>  Ankeetküsimustik CCFNI.	Esile tuli neli tegurit: 1. Vajadus kokku puutuda professionaalidega, kes on delikaatsed, informeerides ja kuulates lähedasi. 2. Vajadus iseenda eest hoolitseda. 3. Vajadus teada, mis toimub. 4. Vajadus info järele, mis puudutab personali (kellelt võib küsida informatsiooni jne). Õed said võrreldes arstidega kõrgemaid tulemusi. 1.–3. teguris. Seosed esinesid sõltuvalt soost
13.	Takman ja Severinsson (2006) Rootsi, Norra	<i>A description of health-care providers perceptions of the needs of significant others in intensive care units in Norway and Sweden.</i>  Norra ja Rootsi tervishoiutöötavate arusaamade kirjeldus lähedaste vajadustest intensiivravis.	Uurida ja kirjeldada tervishoiutöötajate arusaamasiid lähedaste vajadustest täiskasvanud patsientide IRO-s.	Rootsi ja Norra IRO-d: 73 registreeritud õde, 12 nimekirja kantud õde ja 12 arsti.	<u>Kvalitatiivne</u>  Avatud lõppudega küsimused, millele järgnes vastuste sisuanalüüs.	Selgus kaks tähtsat kategooriat: 1. Vajadus usaldada tervishoiuteenuse pakkujate oskusi. 2. Vajadus haigla ressursside järele (auto parkimise võimalus, külmkapp).

Jrk nr	Uurija	Töö pealkiri	Eesmärk	Uuritavad ja valim	Andmete kogumise meetod	Olulisemad tulemused
14.	Williams (2005) Inglismaa	<i>The identification of family members contribution to patients care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry.</i>  Perekonnaliikmete panuse kindlakstegemine patsiendi hoolduses IRO-s: naturalistlik päring.	Selgitada välja perekonnaliikmete patsiendi hooldusesse IRO-s õdede hinnangul.	Üks IRO: 14 õde.	<u>Kvalitatiivne</u>  Vaatlus, struktureerimata intervjuu.	Õed rõhutavad patsientide tundmaõppimise tähtsust ning perekondade tähtsat panust informatsiooni hankimisse. Perekonnad vajavad õdede arvates toetust ja juhendamist.